Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

ANAMNESTISCHE UNTERSUCHUNG ZUM ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SOZIALER SITUATION IN DER KINDHEIT UND DER ENTSTEHUNG EINER SCHIZOPHRENIE. EIN VERGLEICH ZWISCHEN EINER GRUPPE ERWACHSENER SCHIZOPHRENER UND EINER GRUPPE PSYCHISCH UNAUFFÄLLIGER PATIENTEN.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Dieter Paschedag
aus Gevelsberg

1977

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

ANAMNESTISCHE UNTERSUCHUNG ZUM ZUSAMMENHANG ZWISCHEN SOZIALER SITUATION IN DER KINDHEIT UND DER ENTSTEHUNG EINER SCHIZOPHRENIE. EIN VERGLEICH ZWISCHEN EINER GRUPPE ERWACHSENER SCHIZOPHRENER UND EINER GRUPPE PSYCHISCH UNAUFFÄLLIGER PATIENTEN.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Dieter Paschedag
aus Gevelsberg

1977

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. H.-E. Hoffmeister
Berichterstatter: Professor Dr. R. Lempp

THE BLIND MEN AND THE ELEPHANT
A HINDOO FABLE

It was six men of Indostan
To learning much inclined,
Who went to see the Elephant
(Though all of them were blind),
That each by observation
Might satisfy his mind.

The First approached the Elephant,
And happening to fall
Against his broad and sturdy side,
At once began to bawl:
"God blees me! but the Elephant
Is very like a wall!"

The Second feeling of the tusk,
Cried, "Ho! what have we here
So very round and smooth and sharp?
To me 'tis mighty clear
This wonder of an Elephant
Is very like a spear!"

The Third approached the animal
And happening to take
The squirming trunk within his hands,
Thus boldly up an spake:
"I see," quoth he, "the Elephant
Is very like a snake!"

The Fourth reached out an eager hand,
An felt about the knee.
"What most this wondrous beast is like
Is mighty plain," quoth he;
" 'Tis clear enough the Elephant
Is very like a tree."

The Fiftht who chanced to touch the ear
Said: "E'en the blindest man
Can tell what this resembles most;
Deny the fact who can,
This marvel of an Elephant
Is very like a fan!"

The Sixth no sooner had begun
About the beast to grope,
Than, seizing on the swinging tail
That fell within his scope,
"I see," quoth he, "the Elephant
Is very like a rope!"

And so these men of Indostan
Disputed loud and long,
Each in his own opinion
Exceeding stiff and strong
Though each was partly in the right,
And all were in the wrong!

MORAL

So oft in theologic wars,
The disputants, I ween,
Rail on in utter ignorance
Of what each other mean,
And prate about an Elephant
Not one of them has seen!

John Godfrey Saxe (1816-1887)

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Einleitung	3
2.	Fragestellung	
2.1.	Fragestellung der vorliegenden Arbeit	4
2.2.	Fragestellung und Durchführung der Gesamtarbeit	4
3.	Hypothesen zur Schizophreniegenese	5
3.1.	Biochemische Forschungen zur Schizophreniegenese	5
3.2.	Ergebnisse der Vererbungsforschung zur Schizophreniegenese	6
3.3.	Familiäre Interaktion und Schizophrenieentstehung	8
3.3.1.	Pathologische Kommunikationsstruktur zwischen Mutter und Kind - Double - Bind - Hypothese	9
3.3.2.	Pathologische Ehestrukturen	10
3.3.3.	Pathologische Interaktion der Gesamtfamilie	11
3.4.	Ergebnisse der sozialen Epidemiologie zur Schizophreniegenese	12
3.5.	Versuche einer Synthese	14
4.	Methode und Untersuchungsgut	15
4.1.	Untersuchungsgruppe	15
4.2.	Vergleichsgruppe	16
4.3.	Auswertung der Ergebnisse	17
5.	Kritik der Methode	
5.1.	Anamnestische Methode	17
5.2.	Interviewmethode	18
5.3.	Stichprobenauswahl	19
5.4.	Schizophreniediagnose	20
6.	Eigene Ergebnisse	
6.1.	Allgemeine Kennzeichnung der Stichproben	21
6.2.	Bildungsniveau von Eltern und Kind - sozialer Status	
6.2.1.	Einführung und Hypothesen	23

6.2.2. Ergebnisse 25
6.2.3. Zusammenfassung 29
6.3. Psychische Erkrankungen in der Familie
6.3.1. Einführung und Hypothese 31
6.3.2. Ergebnisse 32
6.3.3. Zusammenfassung 33
6.4. Stellung in der Geschwisterreihe
6.4.1. Einführung 34
6.4.2. Ergebnisse 35
6.4.3. Zusammenfassung 36
6.5. Familienstruktur - familiäre Belastungen
6.5.1. Einführung und Hypothese 37
6.5.2. Ergebnisse 39
6.5.3. Zusammenfassung 42
7. Diskussion 43
8. Zusammenfassung 49
ANHANG 51
LITERATURVERZEICHNIS 54

1. Einleitung

Im Schatten der durch Hirnanatomie und -physiologie geprägten psychiatrischen Forschung entwickelte sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine Schule von Psychiatern, die versuchte, auf dem Wege der klinischen Beobachtung von Gesamtkrankheitsverläufen neue nosologische Einheiten zu bilden und sich von einer Krankheitslehre bestehend aus klassifizierten Symptomen zu lösen. Der bedeutendste Exponent dieser klinischen Schule war Emil Kraepelin, der 1896 eine Reihe von Psychosen unter dem Begriff Dementia praecox zusammenfaßte. Es waren dies die von Karl Kahlbaum 1869 beschriebene Katatonie und die von Ewald Hecker 1871 beschriebene Hebephrenie sowie die akute Paranoia. Diese neue Krankheitseinheit sah Kraepelin durch eine Stoffwechselstörung verursacht und zählte sie zu den exogenen Psychosen. Der Begriff Dementia praecox führte jedoch zu Verwirrung, da auch Krankheitsverläufe bekannt waren, die entweder nicht im Jugendalter begannen oder nicht mit Verblödung endeten. So hatte denn die Einführung des Begriffs Schizophrenie durch Eugen Bleuler (4) einen im nosologischen Sinn praktischen Aspekt - begriffliche Schwierigkeiten wurden reduziert - wie auch den, ein neues Verständnis dieser Krankheitsgruppe darzustellen.

Bleuler fand in jedem Falle"eine mehr oder weniger deutliche Spaltung der psychischen Funktionen"(4, S. 6). Denken, Affekt und Erleben sind sowohl voneinander wie auch im Zusammenhang ihrer Komponenten gespalten. Außerdem teilte er die Symptome hierarchisch ein in primäre - direkt dem Krankheitsprozeß entspringende - und sekundäre Symptome - entstanden durch die Reaktion der kranken Psyche auf irgendwelche inneren oder äußeren Vorgänge. Zu einem wichtigen Teil gingen seine Erkenntnisse hervor aus der "Anwendung der Ideen Freuds auf die Dementia praecox" (4, S. VII).

Bleuler war das Problem sehr deutlich, daß die von ihm unter dem Begriff Schizophrenie zusammengefaßte Krankheitsgruppe nicht unbedingt eine nosologische Einheit darstellte. Die Zerlegung der Schizophrenie sah er als eine Aufgabe der Zukunft (4, S. 228). Die nosologische Schizophrenieforschung ist über diesen Stand bis heute nicht hinausgekommen (32, S. 116).

Diese Unsicherheit auf nosologischem Gebiet hat zur Folge, daß die Ursachenforschung in dem Dilemma steckt, einerseits, da die Schizophreniegruppe noch nicht zerlegt ist, von einer Einheit mit gleichen Ursachen ausgehen zu müssen, andererseits aber damit rechnen zu müssen, daß es sich um eine Gruppe verschiedener Krankheiten mit verschiedenen Ursachen handelt. Durch die Behandlung der Schizophrenie als Einheit und die Produktion entsprechender Ergebnisse läuft sie Gefahr, Fortschritte auf nosologischem Gebiet zu verhindern.

2. Fragestellung

2.1. Fragestellung der vorliegenden Arbeit

Meine Untersuchungen zielten darauf ab, anhand des Vergleichs zweier Patientengruppen zu prüfen, ob Zusammenhänge zwischen Schizophrenie und sozialer Situation in der Kindheit feststellbar sind. Die erhobenen Daten erfassen den Zeitraum der ersten zehn Lebensjahre.

Eine andere Arbeit ähnlicher Zielsetzung wurde an der Universität Tübingen bereits durchgeführt (26). Dabei handelte es sich jedoch um die Auswertung von Krankengeschichten psychotisch Kranker im Vergleich mit Interviews einer Patientengruppe einer neurologischen Station. Bei der Auswertung von Krankengeschichten stellt sich unter anderem das Problem, daß die gesuchten Daten nicht in jedem Fall erhoben wurden, d.h. die Fragestellung ist von vornherein durch das vorhandene Material begrenzt.

Bei dieser Arbeit wurde mit standardisierten Fragen gearbeitet, die fast vollständig von allen Befragten beantwotet wurden. Dadurch konnten wir auf eine gleichmäßige Informationsmenge zurückgreifen.

2.2. Fragestellung und Durchführung der Gesamtuntersuchung

Als Grundlage der vorliegenden Arbeit dienten die Daten einer anamnestischen Untersuchung, die die Erfassung von Informationen zur Vorgeschichte Schizophrener zum Ziel hatte. Es sollte dabei nach Unterschieden zu einer Vergleichsgruppe Nicht-Schizophrener gesucht werden. Die Fragen waren geordnet nach den Themenkomplexen Schwangerschaftsverlauf, Geburt, psychomotorische Entwicklung, Schulverhalten und soziale Situation.

Die theoretische und praktische Vorbereitung sowie die praktische Durchführung dieser Befragung wurde von Waldemar Keppler, Hans Rebmann und mir gemeinsam geleistet.

Die Ergebnisse über Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen späterer Schizophrenie und Störungen während Schwangerschaft, Geburt, psychomotorischer Entwicklung und Schulverhalten werden gesondert dargestellt.

3. Hypothesen zur Schizophreniegenese

Manfred Bleuler faßt in seinem Lehrbuch von 1975 (5) die Erkenntnisse über die Ursachen der schizophrenen Psychosen in einem Satz zusammen: "Wir wissen heute, daß sowohl ungünstige lebensgeschichtliche Einflüsse wie ungünstige vererbte Entwicklungstendenzen der Persönlichkeit für die Genese der Schizophrenie entscheidend sind" (5, S.441).

Das folgende Kapitel soll einen Überblick über wichtige Forschungsbereiche der beiden von Bleuler angesprochenen Komponenten der Schizophrenieentstehung geben. Es wird darin auch deutlich, daß diese Bereiche noch recht unverbunden nebeneinander stehen. Die Bemerkung Strömgrens (6, S. 107) scheint richtig zu sein, daß der Daten nun genug verarbeitet seien und sich nun einmal jemand Zeit nehmen müsse, über alle diese Daten richtig nachzudenken.

3.1. Biochemische Forschungen zur Schizophreniegenese

Die biochemische Schizophrenieforschung erfuhr durch die Beobachtung, daß die Halluzinigene Lysergsäurediäthylamid (LSD) und Meskalin schizophrenieähnliche Zustände auslösen können, wesentliche Impulse.

Die Beobachtung, daß die Struktur des Meskalins denen des Noradrenalins und Dopamins verwandt ist, gab Anlaß zu der Überlegung, daß es im Gehirn stoffwechselbedingt zur Bildung hallozinigenähnlicher Substanzen aus Noradrenalin und Adrenalin kommen könnte. Es wurde die Hypothese des gestörten Katecholaminstoffwechsels formuliert. Fehlerhafte Methylierungen von Dopamin und Noradrenalin spielen hierbei eine wichtige Rolle.

Auf der Suche nach anderen Störungen der Methylierung bei schizophrenen Patientenwurde beobachtet, daß die Gabe von Methionin als einem Hauptmethyldonator im menschlichen Organismus bei gleichzeitiger Gabe eines Monoaminoxydasehemmers schizophrene Symptome spezifisch verschlimmert werden konnten (29). Andere, chemisch mit dem Methionin nicht verwandte Substanzen, z.B. Betain, die ebenfalls Donatoren von Methylgruppen sind, konnten ähnliche Wirkungen hervorrufen. Es liegt also nahe, daß die Wirkung des Methionins allein auf seine Eigenschaft als Methylgruppendonator zurückzuführen ist. Die Tatsache, daß die gleichzeitige Gabe eines Monoaminoxydasehemmers notwendig ist, macht die Beteiligung eines abnorm methylierten Amins an der Wirkung wahrscheinlich.

Ein weiters Gleis, auf dem die biochemische Forschung versucht, sich dem Problem der Schizophrenie zu nähern, ist die Erforschung der Melatoninwirkung, seit man Ähnlichkeiten zwischender halluzinogenen Droge Harmin und dem Melatonin feststellte und außerdem bei Schizophrenen verstärkte Hautpigmentierung fand (11). Verminderte Reaktion auf Histamin (25), z.B. kleine Hautquaddeln bei Schizophrenen, führten zur Untersuchung des Histaminstoffwechsels. Ein weiteres Forschungsgebiet ist der Tryptophanstoffwechsel (3).

Es entsteht der Eindruck, daß die biochemische Schizophrenieforschung sich noch im Stadium der mehr punktuellen, von unterschiedlichen Einzelbeobachtungen ausgehenden Arbeit befindet und von einer integrierenden Theoriebildung noch entfernt ist.

3.2. Ergebnisse der Vererbungsforschung zur Schizophreniegenese

Die Ergebnisse der Zwillingsforschung sind ein Grundpfeiler der Annahme, daß die Schizophrenie eine genetische Grundlage habe. Slater und Kallmann kamen bei ihren grundlegenden Arbeiten zur Schizophrenieerkrankung bei monozygoten Zwillingen auf Konkordanzraten von 76% bzw. 82%. Diese Ergebnisse wurden von Tienari (1963) und Kringlen (19) überprüft. Tienari untersuchte 16 Zwillingspaare und fand keine Kor

Kordanz. Kringlen fand bei Untersuchungen von 342 monozygoten Zwillingspaaren je nach diagnostischen Kriterien eine Konkordanz von 28 - 38% und bei zweieiigen Paaren eine Konkordanz von 5 - 14%.

Insgesamt fanden sich einige Irrtümer und Schwierigkeiten, die die hohen Konkordanzraten von Kallmann und Slater erklären: Die Methodik der Materialauswahl, wobei das Patientengut psychiatrischer Kliniken nach Zwillingen überprüft wurde, das Fehlen verläßlicher Untersuchungsmethoden für die Feststellung der Monozygotie, sowie auch die klinische Schizophreniediagnose, die in den Vereinigten Staaten häufiger gestellt wird als in Europa (34, S.5).

Pollin und Mitarbeiter (28) fanden bei diskordant an Schizophrenie erkrankten monozygoten Zwillingen zusätzliche Traumata, wozu zählten: Geburt als zweiter Zwilling, Übergewicht von streßreichen Ereignissen wie körperliches Trauma, häufige schwere Erkrankungen, Frakturen, Stillprobleme und Zyanose bei der Geburt sowie Anzeichen von allgemeinen neurologischen Störungen.

Eine zweite Gruppe von Forschungen erstreckte sich auf die Untersuchung der Entwicklung von Kindern schizophrener Mütter, die eine Woche nach ihrer Geburt von ihren Müttern getrennt wurden und in Pflegeheimen aufwuchsen (13) sowie auf die Untersuchung von Adoptiveltern mit adoptierten Kindern, die an Schizophrenie erkrankten[1)]. Rosenthal und Wender fanden bei 7 von 14 biologischen Eltern und nur bei 3 von 20 Adoptiveltern schizophrene Züge. Bei Hestons Arbeit zeigte sich, daß die Hälfte der Kinder, die von schizophrenen Müttern geboren worden waren, aber von nicht schizophrenen Müttern aufgezogen wurden, eine Psychose bekamen: Entweder Schizophrenie oder Persönlichkeitsstörungen verschiedener Art.

Auf der Grundlage empirischer Arbeiten, deren Ergebnisse die Beteiligung einer erblichen Komponente an der Schizophrenieentstehung nahelegen, muß die Genetik nach dem konkreten Ver-

---

1) Rosenthal und Wender, zitiert nach (34), S. 7.

erbungsmechanismus forschen. Drei Möglichkeiten der Vererbung werden diskutiert: Ein dominates Gen mit niedriger Penetranz, ein rezessives Gen oder eine polygenetische Vererbung, wobei letztere Vorstellung den modernen Auffassungen der Genetik am ehesten entspricht. (34). Ihr liegt die Theorie zugrunde "daß eine Anzahl verschiedener Gene notwendig ist, um Anlaß zu einer Prädisposition für die Entwicklung der Krankheit zu geben (34). Bei solcherart vorgeschädigten Individuen ist die Homöostase des Systems Gehirn als Funktion einer Vielzahl von Genen labiler, so daß es unter dem Eindruck äußerer Stressfaktoren eher zu einem Zusammenbruch der Funktion kommen kann.

Die relativ niedrige Konkordanzrate bei monozygotischen Zwillingen wie auch die Tatsache, daß nur 40 Prozent der Schizophrenen eine positive Familienvorgeschichte haben, lassen sich mit dieser Theorie erklären. Gleichzeitig wird darin aus der Perspektive der Genetik der wesentliche Einfluß der Umwelt auf die Entstehung der Schizophrenie deutlich.

3.3 Familiäre Interaktion und Schizophrenieentstehung

Amerikanische Studien haben interessante Hypothesen zur Schizophreniegenese entwickelt. Ihnen zufolge ist die Interaktion zwischen den Familienmitgliedern Schizophrener ein wesentlicher ätiologischer Faktor. Ausgehend von der Hypothese, "daß Schizophrenie durch schlechte Behandlung von Menschen (Kinder) durch Menschen (Eltern)"entsteht(9) werden duale Interaktionen (Vater-Mutter/ Mutter-Kind) oder gesamtfamiliäre Verhaltenskonzepte zur schizophrenen Entwicklung des Kindes in Beziehung gesetzt. Als methodische Grundlage zur Erlangung der benötigten Informationen diente "die psychotherapeutische Beziehung mit dem Patienten, seinen Eltern oder mit beiden zugleich."(9). Hinzu kam die direkte Beobachtung der familiären Interaktion insgesamt hospitalisierter Familien.

3.3.1. Pathologische Kommunikationstruktur zwischen Mutter und Kind - Double-Bind-Hypothese.

Grundlage des Ansatzes zu einer Schizophrenietheorie von Batson und Mitarbeitern ist eine Kommunikationstheorie, derzufolge die Kommunikation zwischen Individuen aus Signalen (verbalen und nonverbalen) zusammengesetzt ist, die sich auf unterschiedlichen Abstraktionsniveaus befinden. Averbale Signale wie Körperhaltung, Gestik und Tonfall kommentieren verbale Signale und vermitteln dadurch eine vollständige Information darüber, wie eine Äußerung zu verstehen ist. Auf diese Weise wird dem Empfänger das Gefühl gegeben, den Sender richtig verstanden zu haben und er hat die Möglichkeit, in eindeutiger Weise darauf zu reagieren. Diese Möglichkeit wird aufgehoben, wenn die auf den verschiedenen Kommunikationsebenen ausgesandten Signale zueinander in Widerspruch stehen. Daraus ergibt sich für den Empfänger die Notwendigkeit, den Sinn des gesamten Signals durch Verbalisierung zu klären, auf eines der beiden Signale zu reagieren . oder widersprüchlich zu handeln, um beiden Geboten gerecht zu werden.

Dieses ist die Grundstruktur der Kommunikation wie Bateson und Mitarbeiter(2) sie zwischen Mutter und schizophrenem Patienten beobachten konnten. Sie fanden dafür den Begriff der Beziehungsfalle, Double-Bind.

Grundelemente dieser Kommunikationssituation sind 1. zwei miteinander kommunizierende Personen, von denen eine als Opfer definiert ist. Sie wird in der Beziehungsfalle gefangen; 2. eine derartig wiederkehrende Erfahrung, daß die Struktur des Double-Bind zu einer habituellen Erfahrung wird (2 S.16); 3. "ein primäres negatives Gebot"; 4. "ein sekundäres Gebot, das mit dem ersten auf einer abstrakteren Ebene in Konflikt gerät"(2 S.17); und 5. ein tertiäres Gebot, das dem Opfer untersagt, das Feld zu räumen; 6. kommt es nach einer gewissen Zeit zu einer Verselbständigung einer solchen Wahrnehmungsstruktur, so daß nicht mehr alle Elemente des Double-Bind nötig sind, um das Opfer zu "fangen".

Eingemauert in eine solche Kommunikationsstruktur ist es dem Opfer nicht möglich, eine stabile Ich-Funktion auszubilden, wenn Ich-Funktion als "der Prozeß der Unterscheidung von Kommunikationsmode, sei es im Selbst oder zwischen dem Selbst und den anderen" verstanden wird (2,S.14). Es entwickeln sich dieser Struktur angemessene Strategien, sich darin zurechtzufinden. Der Präschizophrene kann auf eine "metaphorische Art von Botschaft" ausweichen, er kann ausgessprochenes Mißtrauen und Trotz entwickeln, er kann "alle Botschaften behandeln, als wären sie unwichtig oder zum Lachen" (2, S.22) oder er wird sie insgesamt ignorieren. Wir finden Äußerungsweisen vor, die als paranoid, hebephren oder katatonisch beschrieben wurden(2, S.23).

In Kritik zu diesem Ansatz stellt Lempp (22, S.186) die Frage, ob in der Double-Bind-Theorie als Genese der Schizophrenieentstehung nicht Ursache und Wirkung verkehrt werden, da auch das widersprüchliche Verhalten der Mutter als Reaktion auf eine primäre Affektstörung des Kindes gesehen werden kann.

3.3.2. Pathologische Ehestrukturen

Lidz u.a.(24) lenken unseren Blick auf Beziehungen, die zwischen pathologischen Ehestrukturen und der Schizophrenieentwicklung bestehen. Es wird die Hypothese aufgestellt, "daß die Ich-Schwäche des Schizophrenen im Zusammenhang stehen könnte mit der Introjektion der elterlichen Schwäche(...), mit der Introjektion elterlicher Ablehnung des Kindes im Verlauf früher Identifizierung mit einem Elternteil, schließlich mit den entwerteten Identifikationsbildern, die durch die Herabsetzung eines Elternteils durch den anderen hervorgerufen werden"(24, S.1o9).

Die Untersucher führten den Nachweis der Richtigkeit dieser Hypothese mit einer Analyse von 14 Ehen mit schizophrenen Kindern. Sie fanden "acht in einem Zustand der dauernden schweren Störung des Gleichgewichtes und der Disharmonie"(24, S.117); in den anderen sechs bestand ein rela-

tiver Gleichgewichtszustand.

3.3.3. Pathologische Interaktion der Gesamtfamilie

Wynne, Ryckoff, Day und Hirsch (41) wollen die soziale Organisation der Familie Schizophrener als ganzer begrifflich erfassen. Sie stellen den Begriff der Pseudo-Gemeinschaft als deren kennzeichnendes Element heraus. Im Gegensatz zur echten Gemeinschaft, in die jeder "ein Gefühl seiner eigenen positiv bewerteten Identität" (41, S. 47) einbringt, ist die Pseudo-Gemeinschaft gekennzeichnet durch ein "überwiegendes Aufgehen im Zusammenschluß auf Kosten der Identitäten jener Personen, die an der Beziehung beteiligt sind" (41, S. 47).

Die Pseudo-Gemeinschaft ist durch festgefügte Rollen gekennzeichnet, an der auch trotz ihr deutlich widersprechender Elemente starr festgehalten wird. Regulationsmechanismen werden eingeführt, mit deren Hilfe divergierende Momente aus dem Realitätshorizont der Familienmitglieder ausgeblendet werden. Das sich entwickelnde Kind ist im Aufbau eines eigenständigen Identitätsgefühls gehemmt, zu dessenwesentlichen Voraussetzungen die Erfahrung der "Divergenz von Eigeninteressen" (41, S. 48) gehört. Es ist geschützt durch die Familienidentität, die brüchig wird, wenn mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter die Bedeutung der Außenbeziehungen zunimmt. Es kann zur Identitätskrise mit"akut-schizophrener Panik und Desorganisation" (41, S. 73) kommen.

Vogel und Bell (38) rücken das Kind als Sündenbock ins Zentrum der Betrachtungen. Als Konflikte, die der Anlaß einer Sündenbockjagd waren, stellten die Untersucher fest: Konflikte"auf der Ebene kultureller Wertorientierungen" (38, S. 249), "Probleme der individuellen Leistung" (38, S. 250),"gespannte Beziehungen zwischen der Familie und der größeren Gemeinschaft" (38, S. 250) sowie Probleme in ihrer Beziehung zu Familien, an denen sie sich orientierten. Die Wahl des Sündenbocks mit dem Ziel der funktionellen Stabilisierung der Gesamtfamilie fiel auf das Kind, "das diese Konflikte am besten symbolisierte" (38, S. 250).

Durch Widersprüche zwischen der "impliziten (oder unbewußten) und der expliziten Rollenzuweisung" (38, S. 260) sowie zwischen dem erzieherischen Verhalten beider Ehepartner, die mit den nicht ausgetragenen Konflikten in Zusammenhang stehen, wird das Kind ein Gefangener des Konflikts. Den Ehepartnern wird gestattet, durch ihr widersprüchliches Erziehungsverhalten eheliche Konflikte auszutragen, ohne das Eheleben zu gefährden.

Über den Sündenbock ist die Familie dann endgültig stabilisiert,wenn das Kind seine Rollenzuweisung internalisiert hat und die Eltern die Rolle der Leidtragenden voll übernehmen können. Die Last, die das Kind mit der Übernahme der Sündenbockrolle für die Familie auf sich nahm, wird zur Dysfunktion, sobald es selbständig Außenbeziehungen auf sich nehmen muß. Belohnte Verhaltensweisen in der Familie machen das Kind außerhalb derer zum geächteten Außenseiter.

Ähnlichkeiten mit der Double-Bind-Situation werden in der zuvor geschilderten Arbeit recht deutlich, wenn von den widersprüchlichen Erziehungsmaßnahmen der Eltern und der Gefangenheit des Kindes im Konflikt die Rede ist. Parallelen zeigte auch die Arbeit von Lidz. So erscheint es folgerichtig, wenn Weakland (40) die Double-Bind-Theorie auch auf die Dreier-Beziehung Vater-Mutter-schizophrenes Kind bezieht und aufweist, daß in ihr dieselben pathogenen Möglichkeiten stecken, wie es die Analyse der Zweier-Beziehung Mutter-Kind schon gezeigt hatte.

3.4. Ergebnisse der sozialen Epidemiologie zur Schizophreniegenese

Neben der Vererbungsforschung und der Familienforschung ist ein dritter wichtiger Ansatz zur Erklärung der Schizophrenieentstehung die soziale Epidemiologie psychischer Erkrankungen, d.h. die Erforschung der sozialen Verteilungsstruktur dieser Erkrankungen. Diese Wissenschaft steckt in der BRD noch in den Anfängen, sie hat jedoch in den USA Ergebnisse erbracht, deren exemplarische Darstellung in diesem Zusammenhang wichtig ist.

In den Studien, die eine Untersuchung des Zusammenhanges zwischen sozialem Status und Schizophrenie zum Ziel haben, werden Häufigkeiten psychischer Störung, ermittelt als Inzidenz, d.h. der "Anzahl neuer Fälle, die während eines bestimmten Zeitabschnittes auftraten" oder als Prävalenz, d.h. der "Zahl von vorhandenen Fällen während eines festgelegten Zeitabschnittes unabhängig von ihrer Entstehung" (8, S. 137) in Beziehung gesetzt zu Skalen sozialer Schichtung. Studien auf der Grundlage der Inzidenz psychischer Störungen sind selten wegen des Problems, nachträglich den Zeitpunkt des Beginns einer Störung festzulegen (8, S. 137). Die meisten Studien beziehen sich "auf die Prävalenz während eines Zeitraumes von einigen Monaten bis einigen Jahren" (8, S. 138).

Dohrenwend und Dohrenwend legten 1969 (8) eine zusammenfassende Übersicht über 44 Arbeiten vor, die den Zusammenhang zwischen sozialem Status und psychischer Störung untersuchen. Danach ergibt sich für die Statusmerkmale Alter, Geschlecht und Rasse kein einheitliches Bild eines Beziehungsmusters zu der von den jeweiligen Untersuchern eingeschätzten psychischen Gestörtheit (8, S.139).

Eine deutlichere Aussage ergibt sich bei der Korrelation zwischen Raten psychischer Störung und dem sozioökonomischen Status, wobei in 20 von 25 Studien, die hierzu eine Aussage machen, die höchste Rate in der untersten Schicht gefunden wird. Diese Gesamtraten schließen jedoch Störungen ein,"die im Schweregrad von Psychosen bis zu leichten Neurosen reichen" (8, S. 144). Werden Untersuchungen zusammengefaßt, die Psychosen getrennt aufführen, so zeigen 11 von 16 Arbeiten die geringste Psychosenrate in der jüngsten Altersgruppe, während Aussagen über das Maximum insofern unzuverlässig sind, als die Untersuchungen teilweise auch senile Psychosen miterfaßten.

Eine Beziehung der Psychoserate und insbesondere der Schizophrenierate zum Geschlecht fand sich nicht (8, S. 149).

Sieben Studien führten Schizophrenieraten getrennt nach Schichtenzugehörigkeit auf, wobei fünf davon die größte

Häufigkeit in der untersten der jeweils gewählten Schichteinteilung fanden. Für diesen korrelativen Zusammenhang existieren zwei Erklärungsmodelle, die ihn in eine kausale Beziehung überführen: Der Ansatz der sozialen Selektion und der sozialen Verursachung. Soziale Selektion bedeutet, daß die individuelle Disposition die Erkrankten daran hindert, "alle Möglichkeiten der prinzipiellen Chancengleichheit in einem Gesellschaftssystem wahrzunehmen" (15, S. 22). Dadurch kommt es zu einer Anhäufung dieser Menschen in der untersten Gesellschaftsschicht. Der Ansatz der sozialen Verursachung erklärt das Entstehen von psychischer Erkrankung über den erhöhten Streß , dem ein Individuum in der Gesellschaft ausgesetzt ist, je niedriger sein sozialer Status ist (15, S. 22).

3.5. Versuche einer Sythese

Außer der Feststellung einer multifaktoriellen Schizophreniegenese (32, S. 189) scheint der Weg zu einer überzeugenden Synthese der verschiedenen Forschungsergebnisse zur Schizophreniegenese noch weit zu sein.

Melvin L. Kohn (18) hat versucht, eine solche Synthese zu formulieren. In den Mittelpunkt seiner Überlegungen stellt er den Begriff des Streß, definiert als solche "Ereignisse, die gewöhnlich extern ausgelöst wurden und von denen angenommen werden kann, daß die meisten Menschen sie als schmerzlich erleben" (18, S. 296). Solche Ereignisse sind im Unterschichtslebensmilieu besonders häufig, bei gleichzeitig geringeren Möglichkeiten, diesen streßerzeugenden Situationen durch individuelles Handeln auszuweichen oder sie zu verändern. Die Familie spielt in dieser Überlegung die Rolle des Vermittlers eines Orientierungssystems, "das zu eingegrenzt und zu rigide ist, um wirksam auf komplexe sich verändernde und streßgeladene Situationen reagieren zu können" (18, S. 298). Für ein Individuum, das"zudem noch mit einer erbbedingten Anfälligkeit für Schizophrenie belastet ist" (18, S. 300), wird ein solches Orientierungssystem zur Katastrophe.

In eine ähnliche Richtung weist Lempp (23). Der "Katastrophe" entspricht bei ihm der Verlust des Realitätsbezuges, der im Laufe der individuellen Entwicklung labilisiert oder nur unvollkommen herausgebildet wurde. Als Ursachen dafür kommen neuropsychologisch nachweisbare Leistungsminderung, die ererbt oder frühkindlich erworben sein kann und Fehlinformationen durch eine pathogene Umwelt in Frage. Unter dem Druck chronischer oder akuter belastender Ereignisse, was inhaltlich dem Begriff des Streß bei Kohn entsprechen dürfte, kann es dann zum Zusammenbruch des Bezuges zur gemeinsamen Realität kommen (22).

4. Methode und Untersuchungsgut

Um Hinweise auf den Einfluß sozialer Faktoren auf die Entwicklung der Schizophrenie zu gewinnen, entschieden wir uns für die anamnestische Methode. Im Gegensatz zur Katamnese, die von einer angenommenen Ursache ausgeht, deren Folgen man möglichst auslesesfrei zu erfassen versucht, bietet die Anamnese die Möglichkeit, Hinweise auf eine Vielzahl von möglicherweise am Eintreten einer Folge beteiligten Faktoren zu erfassen (20).

Als Grundlage der Untersuchung wurde ein Fragebogen entworfen, der standardisierte Fragen enthielt. Dadurch sollte der Einfluß der verschiedenen Interviewer so gering wie möglich gehalten werden. Die Antworten wurden je nach Gegenstand entweder zur Auswahl vorgegeben oder waren frei zu formulieren, um dann von den Untersuchern für die Auswertung kategorisiert zu werden. In einem Beiblatt waren standardisierte Zusatzinformationen enthalten, die bei Verständnisschwierigkeiten der Befragten zusätzlich gegeben werden konnten. Insgesamt wurden 100 Interviews durchgeführt in zwei Gruppen von je 50 Personen.

4.1. Untersuchungsgruppe

Die Untersuchungsgruppe bestand aus 50 schizophrenen Patienten im Alter zwischen 15 und 35 Jahren, die wegen Neu- oder Wiedererkrankung in der Universitäts-Nervenklinik Tübingen oder im Bürgerhospital Stuttgart in stationärer Be-

handlung waren. Die Diagnose durch die Klinikärzte sollte zweifelsfrei sein. Borderline-Fälle und Patienten mit Mischpsychosen kamen nicht in die Stichprobe.

Als Befragte wählten wir die Mütter der Patienten, weil nicht zu erwarten war, daß der Patient selbst den Großteil der von uns benötigten Informationen, z.B. zur frühkindlichen Entwicklung, geben konnte. Die Patienten informierten wir über unser Vorhaben. Ohne ihre ausdrückliche Zustimmung nahmen wir mit keiner der Mütter Kontakt auf. Nur in wenigen Fällen wurde diese Zustimmung verweigert. Wir schickten dann den Müttern der Patienten ein erläuterndes Schreiben, dem wir eine frankierte Antwortkarte beilegten, auf der sie nur noch den gewünschten Gesprächstermin eintragen mußten.

3.2. Vergleichsgruppe

Die Vergleichsgruppe bestand aus Patienten im Alter zwischen 15 und 35 Jahren, die wegen eines Unfalls zur Behandlung in der Chirurgischen Universitätsklinik oder der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen waren. Sie sollten noch nicht in psychiatrischer Behandlung gewesen sein und von dem derzeit behandelnden Arzt als psychisch unauffällig geschildert werden.

Wir bildeten die Vergleichsgruppe aus Unfallpatienten, weil sich das Unfallereignis als gutes Zufallskriterium zur Auswahl einer Stichprobe anbot. Trotzdem konnten wir dem Anspruch der Zufälligkeit bei der Stichprobenauswahl nicht voll gerecht werden,was im Anschluß aufgewiesen wird.

Die Kontaktaufnahme mit den Müttern der Vergleichspatienten gestaltete sich schwieriger. Nachdem wir zunächst den schon bei der Untersuchungsgruppe praktizierten schriftlichen Weg versucht hatten, mußten wir im weiteren Verlauf der Untersuchung die Mütter bei Patientenbesuchen direkt ansprechen, weil die Postakrten nur selten zurückgeschickt wurden.

In der Regel fanden die Interviews in der Klinik in Verbindung mit Patientenbesuchen der Mütter statt, in sel-

tenen Fällen auch in der Wohnung der Befragten. Sie dauerten etwa 60 Minuten. Dieses Vorgehen ergab sich auch aus dem Gesichtspunkt der guten Praktikabilität, weil wir die Mütter bei einem Patientenbesuch gut erreichen konnten.

4.3. Auswertung der Ergebnisse

Nach Abschluß des praktischen Teils lag das Untersuchungsmaterial teilweise schon in einer für die elektronische Datenverarbeitung verwendbaren Form vor - was die schon vorgerfertigten und zur Auswahl vorgelegten Antworten betrifft. Der Teil der frei formulierten Antworten mußte noch durch die Bildung von Kategorien und deren Verschlüsselung dafür zugänglich gemacht werden. Diese wurden so weit wie möglich spezifiziert, um nicht zu viele der vorhandenen Informationen durch den Computer verschlucken zu lassen. Bei manchen Antwortkomplexen konnte jedoch erst später durch Herstellen größerer Gruppen eine befriedigende Vergleichbarkeit erzielt werden.

Die statistischen Signifikanzberechnungen wurden im Rechenzentrum der Universität Tübingen nach dem Fisher-Yates-Test durchgeführt. Dieser "direkte" oder exakte Test kommt bei der Berechnung der Wahrscheinlichkeit dann in Frage, wenn bei einer Zwei-mal-Zwei-Tafel die Randzahlen klein sind und somit der Chi-Quadrat-Test nicht angewendet werden kann. Die Ergebnisse sind "direkte" Angaben, d.H. Prozentzahlen. Ergebnisse, die unter 5% liegen, gelten als signifikant (39).

5. Kritik der Methode

5.1. Anamnestische Methode

Zur Untersuchung unserer Fragestellung verwandten wir die Methode der Anamnese, die darauf beruht, daß Ereignisse, die lang zurückliegen, erinnert werden. Wir müssen deshalb danach fragen, wie exakt die so gewonnen Angaben sind.

Zum Problem der Reproduzierbarkeit von Anamnesen stellten Hartung und Vallée (12) fest, daß bei wiederholter Befragung nach dem Jahr des Krankheitsbeginns einer Patien-

tengruppe einer Hautklinik nur in 50% der Fälle eine Reproduzierbarkeit vorhanden war. Dabei galten als reproduzierbar noch Unterschiede von bis zu zwei Jahren. Eine grundsätzliche Unzuverlässigkeit in der Erinnerung anamnestischer Daten muß deshalb für beide Gruppe in Rechnung gestellt werden. Wir können jedoch annehmen, daß dieser Faktor nicht zu zusätzlichen Unterschieden zwischen beiden Gruppen führt, weil sich sein Einfluß auf beide gleichermaßen auswirkt. Es bleibt allerdings zu fragen, wie stark sich die unterschiedliche Motivation zur Teilnahme an der Befragung auf die Bereitschaft, Auskunft zu geben, ausgewirkt hat.

So könnnen wir vermuten, daß die Mütter psychisch Kranker auf Grund ihrer persönlichen Betroffenheit in anderer Weise Auskunft geben als die Mütter der psychisch unauffälligen Patienten der Vergleichsgruppe. Das gilt insbesondere dann, wenn Fragen angesprochen werden, die bei den Müttern bereits problematisiert sind und z.B. mit Vorstellung in Verbindung gebracht werden, im Umgang mit dem Kind schuldhaft versagt zu haben. Die Mütter der Vergleichspatienten waren durch die Befragung persönlich nicht in gleichem Umfang betroffen und auch entsprechend weniger zu einer Mitarbeit motiviert, was sich durch den schon geschilderten sehr viel geringeren Rückfluß an Antwortkarten ausdrückte. Dieser Einfluß war für uns nicht meßbar und muß bei der Beurteilung der Ergebnisse in Rechnung gestellt werden.

5.2. Interviewmethode

Die Methode des Interviews, mit der wir die anamnestischen Daten erfaßten, birgt ebenfalls Fehlerquellen in sich. Nicht auszuschalten ist die Tatsache, daß die Informationen beim Interview im Rahmen einer persönlichen Beziehung zwischen Interviewer und Interviewtem gewonnen werden, und daß sich die Art dieser Beziehung auf das Ergebnis auswirken muß. Die Möglichkeit der Verfälschung des Ergebnisses durch unterschiedliche Fragestellung der einzelnen Interviewer versuchten wir durch standardisierte

Fragen und Ergänzungshinweise zu beherrschen. Trotzdem kann eine Verfälschung von Informationen beim Eintragen von frei formulierten Antworten in den Fragebogen nicht ausgeschlossen werden.

5.3. Stichprobenauswahl

Als drittes methodisches Element ist die Auswahl der Stichproben zu untersuchen, was für beide Gruppen getrennt geschehen soll.

Die Untersuchungsgruppe, bestehend aus psychiatrischen Patienten, sollte durch das Alter (15 - 35 Jahre) und die Diagnose "Schizophrenie" verbunden mit stationärer Behandlung definiert sein. Da wir Interviews mit den Müttern als Methode verwandten, kommt als weitere Bedingung hinzu, daß die Mütter der Patienten noch leben und in nicht zu weiter Entfernung wohnen mußten und noch ein relativ guter Kontakt zwischen den Patienten und ihren Müttern bestand. Die Durchführung der Untersuchung zeigte, daß sich die Auswahl der Stichprobe aus dieser Grundgesamtheit nicht allein nach dem Prinzip der Zufälligkeit gestaltete. Es traten zusätzliche Selektionsmomente auf, deren Einfluß auf die Ergebnisse nicht abzuschätzen ist. Da wir der Auffassung sind, daß insbesondere psychiatrische Forschung den Patienten nicht vollkommen zum Objekt machen darf, erläuterten wir unser Vorhaben jedem Patienten und baten ihn anschließend um seine Zustimmung. Einige Patienten lehnten das ab, was wir respektierten. Außerdem waren einige Mütter nicht zu einem Interview bereit oder erschienen nicht zu dem vereinbarten Termin.

Die Auswahlkriterien für die Vergleichsgruppe unterschieden sich von denen der Untersuchungsgruppe dadurch, daß in ihr nur psychisch unauffällige erfaßt werden sollten. Sie setzt sich aus Patienten der zwei genannten Kliniken zusammen. Auch hier wurde deutlich, daß zusätzliche Selektionen stattfanden. Durch das Einbeziehen von Patienten der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik in unsere Untersuchung kam es zu einer relativ erhöhten Repräsentation von Unterschichtpatienten in der Vergleichsgruppe,

was noch dadurch verstärkt wurde, daß wir nicht die Privatstationen beider Kliniken miteinbeziehen konnten. Das Auswahlkriterium"Unfall" führte außerdem dazu, daß in der Vergleichsgruppe das Übergewicht an Männern stärker ist als in der Untersuchungsgruppe, weil Männer häufiger von Betriebs- und Verkehrsunfällen betroffen werden. Wir können diesen Umstand jedoch außer Acht lassen, weil wir davon ausgehen, daß das Geschlecht des Patienten für diese Untersuchung nicht von Bedeutung ist. Zu erwähnen ist noch das Phänomen der tendenziösen Unfallneigung, das darin besteht, daß neurotische Menschen unbewußt bestrebt sind, in Unfälle verwickelt zu werden. Dieses Phänomen hätte zu einer zusätzlichen Auslese führen können. Es ist aber nicht vorstellbar, daß es in unserer Stichprobe zu einer überzufälligen Häufung solcher Patienten gekommen sein sollte. War die Motivation der Mütter psychiatrischer Patienten, uns Auskunft zu geben, im allgemeinen hoch, weil sie anscheinend mit der Teilnahme an der Untersuchung die Vorstellung verbanden, ihren Kindern einen zusätzlichen Dienst zu erweisen, so zeigten die Mütter der Patienten der Vergleichsgruppe eher eine geringe Motivation zur Mitarbeit, was in einer hohen Zahl von Ablehnungen zum Ausdruck kam.

5.4. Schizophreniediagnose

Auf das Problem der Diagnosestellung bei der Schizophrenie sei hier nur am Rande eingegangen. In der Literatur (16, S. 32) ist belegt, daß die Vorstellung, was im einzelnen Schizophrenie sei und folglich deren Diagnose, von Untersucher zu Untersucher schwankt, daß sie insbesondere Abhängigkeit zeigt vom Schichtstatus des Therapeuten (Arztes) und dem des Patienten und der Differenz zwischen beiden. Dieser Einfluß ist auch für die vorliegende Arbeit wichtig, weil die Diagnosen von verschiedenen Ärzten stammen und nicht kontrolliert werden konnten.

6. Eigene Ergebnisse

6.1. Allgemeine Kennzeichnung der Stichproben

Der Darstellung der Untersuchungsergebnisse werden einige Daten vorangestellt, die nicht Untersuchungsgegenstand waren, die aber doch wichtig sind, um sich von beiden Gruppen ein besseres Bild machen zu können.

Geschlechtsverteilung

	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Männlich	28 = 56%	33 = 66%
Weiblich	22 = 44%	17 = 34%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

Da wir nicht davon ausgehen, daß die Geschlechtsverteilung für unsere Untersuchung eine Rolle spielt, konnten wir auf eine Abstimmung der Gruppen in Bezug auf das Geschlecht verzichten.

Alter der Patienten am 30.6.1976

	Schizophrene	Vergleichsgruppe
15 - 18 Jahre	5 = 10%	11 = 22%
19 - 21 Jahre	15 = 30%	11 = 22%
22 - 25 Jahre	9 = 18%	16 = 32%
26 - 30 Jahre	7 = 14%	8 = 16%
31 - 35 Jahre	8 = 16%	1 = 2%
über 35 Jahre	6 = 12%	3 = 6%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

Alter der schizophrenen Patienten zur Zeit der Erster-krankung (Tab. 3)

Unter 15 Jahre	4	=	8%
15 - 18 Jahre	14	=	28%
19 - 21 Jahre	14	=	28%
22 - 25 Jahre	7	=	14%
26 - 30 Jahre	5	=	10%
Über 30 Jahre	2	=	4%
Weiß nicht	2	=	4%
Keine Angabe	2	=	4%
Insgesamt	50	=	100%

Die Altersverteilung der Patienten innerhalb des gewählten Zeitraumes von 15 bis 35 Jahren ließ sich unter den beiden Gruppen nicht voll aufeinander abstimmen. Sie war durch die Anzahl der in Frage kommenden Patienten festgelegt. Es ist zu sehen, daß in der Gruppe der 15-bis 25-Jährigen bei den Schizophrenen 58% der Patienten und bei der Vergleichsgruppe 76% der Patienten vertreten sind. Das ist dadurch zu erklären, daß von den Patienten der Vergleichsgruppe häufig nur die jüngeren soviel Kontakt mit ihren Müttern hatten und so nah bei ihnen wohnten, daß sie bei Krankenbesuchen interviewt werden konnten.

Familienstand (Tab. 4)

	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Verheiratet	7 = 14%	14 = 28%
Ledig	38 = 76%	36 = 72%
Geschieden	4 = 8%	0 = 0%
Zweite Ehe	1 = 2%	0 = 0%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

Die Zahl der Verheirateten liegt in der Vergleichsgruppe höher als in der Gruppe der schizophrenen Patienten. Sie läge sicherlich noch höher, wenn man streng nach Zufallskriterien die Mutter eines jeden Patienten in dem gewählten Zeitraum hätte interviewen können. Die Heirat ist aber ein wichtiger Schritt der Loslösung vom Elternhaus, so daß die Verheirateten weniger oft Besuch von den Müttern bekamen und es zu einer Auslese Lediger vor allem innerhalb der Vergleichsgruppe kam. Ich habe den Eindruck, daß das Verhältnis Verheirateter zu Ledigen annähernd zutrifft, wenn diejenigen miteinbezogen werden, bei denen aus irgendwelchen Gründen Interviews nicht zustandegekommen sind.

6.2. Bildungsniveau von Eltern und Kind - sozialer Status

6.2.1. Einführung und Hypothesen

Im folgenden Kapitel sind Untersuchungsergebnisse dargestellt, die sich auf die Ausbildungs- und Berufssituation der gesamten Familie beziehen.

Da in unserer Gesellschaft die soziale Position einer Familie in erster Linie durch den Beruf des Mannes gekennzeichnet ist, wurden Beruf und Berufsausbildung der Familienväter erfaßt, um dadurch die gesellschaftliche Ausgangsposition der Kinder zu kennzeichnen.

Die Hypothese lautet: Die psychiatrischen Patienten nehmen hinsichtlich Schul- und Berufsausbildung der eige-

nen Person wie auch der des Vaters eine sozial schlechtere Position ein als die Patienten der Vergleichsgruppe.

Die Tabellen 10 und 11 zeigen den Versuch, durch Vergleiche von Statusmerkmalen bei Vater und Kind, Anhaltspunkte für eine Mobilität des sozialen Status zu bekommen. Bei den Patienten mit Schizophrenie wäre zu erwarten, daß sich eine Mobilität des sozialen Status in Richtung auf niedrigere Positionen ergibt, d. h. der Schulabschluß des Sohnes würde unter dem des Vaters liegen. In der selben Weise vergleichen wir Beruf des Vaters und Beruf des Kindes miteinander und erwarten ein ähnliches Ergebnis.

Vor der Darstellung des Ergebnisse im einzelnen sei noch einmal auf das Kapitel "Kritik der Methode" verwiesen. Die Interpretation und Verallgemeinerung der vorliegenden Daten sind dadurch erschwert, daß angesichts der Vielzahl von Informationen, die im Rahmen dieser Untersuchung erhoben wurden, die Vergleichbarkeit beider Gruppen nicht in Bezug auf jede Fragestellung gut ist. Für diesen Themenkomplex ist wichtig, daß die Vergleichsgruppe zum großen Teil aus Patienten der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen besteht und damit einen großen Prozentsatz an Arbeitern enthält. Außerdem müßte geprüft werden, ob in unserem System der psychiatrischen Versorgung die Tendenz besteht, Angehörige höherer sozialer Schichten bevorzugt in Universitätskliniken zu behandeln. Dadurch ließe sich - den Ergebnissen vorgreifend - erklären, wie es in dem untersuchten Krankengut zu einer Häufung von Patienten höherer sozialer Schichtzugehörigkeit kommen konnte.

Eng verknüpft mit Ausbildungs- und Berufssituation ist die finanzielle Lage einer Familie. Wir stellen die Hypothese auf, daß die Familien der schizophrenen Patienten gegenüber denen der Vergleichsgruppe finanziell benachteiligt sind.

Die Angaben über finanzielle Mittel wurden erbeten für den Zeitraum der Kindheit des Patienten. Sie sind nicht Ergebnis einer objektiven Einordnung des Familieneinkommens. Den Müttern wurden vielmehr die Möglichkeiten "gut", "ausreichend", "knapp" und "große Sorgen" angeboten. Sie nahmen dann auf Grund ihres subjektiven Eindruckes eine Einordnung

vor. Das Ergebnis gibt also eine individuelle Bewertung der jeweiligen finanziellen Lage wieder, was wohl der wirklichen Belastung der Familie näher kommt als Einkommensangaben.

5.2.2 Ergebnisse

Schulausbildung (Tab.5)

Schulart	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Volksschule	17 = 34%	30 = 60%
Handelsschule Realschule mittl. Reife	10 = 20%	9 = 18%
Wirtschaftsgym. Abitur	13 = 26%	3 = 6%
Sonderschule	0 = 0%	2 = 4%
nicht abgeschlossen:		
Volksschule	4 = 8%	3 = 6%
Realschule	6 = 12%	3 = 6%
Insgesamt	50	50
Abgeschlossen	40 = 80%	44 = 88%
nicht abgeschl.	10 = 20%	6 = 12%

Berufsausbildung (Tab. 6)

Beruf	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Kein Beruf erlernt	13 = 26%	1 = 2%
Facharbeiter, Handwerker, kaufm. Berufe, Angestellte, kl. Beamte	14 = 28%	24 = 48%
Akademiker (Hochschule, Fachhochsch.)	5 = 10%	1 = 2%
mehrere	3 = 6%	3 = 6%
Schüler, Lehre	11 = 22%	17 = 34%
Studenten	4 = 8%	2 = 4%

Schulabschluß des Vaters (Tab.7)

Schulart	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Volksschule	27 = 54%	39 = 78%
Handelsschule Realschule mittl.Reife	11 = 22%	5 = 10%
Wirtschaftsg. Abitur	10 = 20%	5 = 10%
Weiß nicht	2 = 4%	0
Insgesamt	50	50

Berufsausbildung des Vaters (Tab. 8)

Beruf	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Kein Beruf erlernt	4 = 8%	5 = 10%
Facharbeiter, Handwerker, kaufm.Berufe, Angestellte, kl. Beamte	35 = 70%	40 = 80%
Akademiker (Hochschule. Fachhochsch.)	9 = 18%	4 = 8%
Mehrere	2 = 4%	0 = 0%
Keine Angabe	0 = 0%	1 = 2%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

Ausgeübter Beruf des Vaters (Tab 9)

Beruf	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Ungelernte Arbeiter	6 = 12%	9 = 18%
Facharbeiter, Handwerker kaufm. Berufe, Angestellte, kl. Beamte	34 = 68%	35 = 70%
Akademiker (Hochschule, Fachhochsch.)	8 = 16%	4 = 8%
Mehrere	2 = 4%	1 = 2%
Keine Angabe	0 = 0%	1 = 2%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

Vergleich der Schulabschlüsse von Vater und Kind - soziale Mobilität (Tab. 10)

	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Aufwärts	14 = 28%	10 = 20%
Abwärts	4 = 8%	6 = 12%
Geblieben	30 = 60%	33 = 66%
Keine Angabe	2 = 4%	1 = 2%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

Vergleich der Berufe von Vater und Kind - soziale Mobilität (Tab. 11)

	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Aufwärts	7 = 14%	7 = 14%
Abwärts	10 = 20%	1 = 2%
Geblieben	10 = 20%	17 = 34%
Nicht verwertbar wegen Ausbildung bzw. unklare Angabe	23 = 46%	25 = 50%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

Signifikant $p < 1\%$

Finanzielle Mittel in der Kindheit der Patienten (Tab. 12)

	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Gut	10 = 20%	12 = 24%
Ausreichend	22 = 44%	31 = 62%
Knapp / große Sorgen	18 = 36%	7 = 14%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

*Signifikant $p < 5\%$

6.2.3. Zusammenfassung

Die hier berichteten Ergebnisse erlauben lediglich die Angabe eines Trends. Die vorliegenden Daten ließen nur eine recht grobe soziale Gliederung zu. So konnte z.B. innerhalb der großen Gruppe der Angestellten nicht genau nach Positionen gegliedert werden. Außerdem sind alle Patienten noch zu jung, als daß man den endgültigen sozialen Status festlegen könnte.

Abbildung 5 zeigt bei den schizophrenen Patienten ein deutliches Überwiegen des Besuches weiterführender Schulen gegenüber der Vergleichsgruppe. Faßt man Realschulbesuch und Abitur jeweils zusammen, so findet man in diesem Punkt ein Überwiegen von 23 zu 12 zugunsten der schizophhrenen Patienten. Gering höher ist in der Gruppe der Schizophrenen mit 10 gegenüber 6 die Quote derer, die ihre Schulausbildung abbrachen.

Diese Entwicklung setzt sich bei der Berufsausbildung fort. Die Zahl der Studenten und Hochschulabsolventen ist in der Gruppe der schizophrenen Patienten höher. Deutlich angestiegen ist jedoch auch die Zahl derer, die über keine Berufsausbildung verfügen bzw. als ungelernte Arbeiter tätig sind.

Das Bild bei den Vätern ist entsprechend. Auch hier findet sich bei den Vätern der schizophrenen Patienten bei der Schul- und Berufsausbildung ein Überwiegen von Abschlüssen weiterführender Schulen und akademischer Abschlüsse gegenüber der Vergleichsgruppe. Die Situation ändert sich, wenn wir die Väter bezüglich des ausgeübten Berufes einander gegenüberstellen. Der zuvor deutliche Unterschied beim Schulabschluß hat sich weitgehend ausgeglichen. Nur bei der Zahl der Akademiker besteht hier noch ein Übergewicht zugunsten der Väter der Schizophrenen.

Wir stellen nun den Schulabschluß der Väter dem Schulabschluß der Kinder gegenüber (Tab. 10). "Aufwärts" bedeutet höher qualifizierter, "Abwärts" niedriger qualifizierter Abschluß des Sohnes als der des Vaters. Auch hier ist die Situation der Schizophrenen günstiger als die der Vergleichspatienten, wenn auch statistisch nicht signifikant. 14 "Aufsteiger" und 4 "Absteiger" stehen 10 "Aufsteigern" und 6 "Absteigern" gegenüber.

Das Bild wandelt sich, wenn wir den ausgeübten Beruf des Kindes mit dem des Vaters (Tab. 11) vergleichen. Während die Zahl der "Aufsteiger" nun mit 7 in beiden Gruppen gleich ist, ist die Zahl der"Absteiger"in der Gruppe der schizophrenen Patienten auf 10 angestiegen, während die Vergleichsgruppe nun nur noch 1 "Absteiger" aufweist. Dieses Ergebnis ist auf dem 1%-Niveau signifikant. In der letzten Vergleichstabelle (Tab. 11) wurden diejenigen Patienten ausgeklammert, die sich noch in der Ausbildung befanden. Außerdem kamen einige nicht in die Auswertung, deren Angaben eine soziale Einstufung nicht zuließen.

Wir können festhalten: Die Schizophrenen der Untersuchungsgruppe sind nach dem sozialen Status, ausgedrückt durch Schulabschluß und ausgeübten Beruf des Vaters eher besser gestellt als die Patienten der Vergleichsgruppe. Ebenso liegt die Qualifikation ihrer Schulausbildung deutlich über der der Vergleichsgruppe. Die soziale Abwärtsmobilität der Schizophrenen ist signifikant erhöht.

Die Hypothese, daß die Gruppe der schizophrenen Pa-

tienten in Bezug auf Schul- und Berufsausbildung sich in einer sozial ungünstigeren Position als die Vergleichsgruppe befindet, muß verworfen werden. Die Gegenüberstellung von Schulausbildung der Väter und der Kinder bestätigt ebenfalls nicht unsere Hypothese, daß die schizophrenen Patienten statistisch auffällig häufiger geringer qualifizierte Schulabschlüsse als ihre Väter aufweisen. Der Vergleich des ausgeübten Berufs des Vaters mit dem des Kindes weist jedoch in diese Richtung.

Die Untersuchung der finanziellen Situation (Tab. 12) bestätigt unsere Hypothese. Die Zahl derer, die ihre finanzielle Situation in der Kindheit des Patienten als gut angeben, ist in beiden Stichproben etwa gleich groß. Bei "Knapp / große Sorgen" stoßen wir auf eine auffällige Mehrzahl von Angaben bei den Familien der schizophrenen Patienten. Das Ergebnis ist auf dem 5%-Niveau signifikant.

6.3. Psychische Erkrankungen in der Familie

6.3.1. Einführung und Hypothese

Unter der Hypothese, daß in den Familien Schizophrener signifikant häufiger psychische Erkrankungen als in den Familien der Vergleichspatienten vorkommen, wurde nach nervenärztlicher Behandlung der Eltern und deren Angehörigen und der Geschwister gefragt.

Diese Fragestellung erschien im Rahmen der Interviewmethode die einzig sinnvolle, um wenigstens begrenzt verwertbare Ergebnisse zu erhalten. Wir fanden dadurch psychische Erkrankungen, die immerhin so schwerwiegend waren, daß sie als therapiebedürftig erkannt wurden und zum Arztbesuch führten. Der Versuch, dabei eine Gliederung nach Diagnosen vorzunehmen, wurde wieder aufgegeben, weil wegen der ungenauen Angaben nur eine Pseudogenauigkeit entstanden wäre und außerdem die jeweilige Fallzahl zu gering war. Eine über dieses grobe Raster hinausgehende Untersuchung psychischer Belastungen in den Familien Schizophrener muß langzeitigen direkten Beobachtungen dieser Familien vorbehalten bleiben.

6.3.2. Ergebnisse

Nervenärztliche Behandlung der Mutter (Tab. 13)

	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Nein	43 ≙ 86%	47 = 94%
Ja	7 = 14%	3 = 6%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

Geistes- oder Gemütskrankheiten in der Verwandtschaft der Mutter (Tab. 14)

	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Nein	38 = 76%	43 = 86%
Ja	12 = 24%	4 = 8%
Weiß nicht	0 = 0%	3 = 6%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

Nervenärztliche Behandlung des Vaters (Tab. 15)

	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Nein	44 = 88%	49 = 98%
Ja	4 = 8%	0 = 0%
Weiß nicht	2 = 4%	1 = 2%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

Geistes- oder Gemütskrankheiten in der Verwandtschaft des Vaters (Tab. 16)

	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Nein	38 = 76%	43 = 86%
Ja	9 = 18%	2 = 4%
Weiß nicht	3 = 6%	5 = 10%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

*Signifikant $p < 5\%$

Nervenärztliche Behandlung von Geschwistern (Tab. 17)

	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Nein	34 = 80%	47 = 96%
Ja	9 = 20%	2 = 4%
Insgesamt	43 = 100%	49 = 100%
Einzelkinder	7	1

*Signifikant $p < 5\%$

6.3.3. Zusammenfassung

Wir finden insgesamt eine Tendenz zur Bestätigung der aufgestellten Hypothese. In den Familien der Schizophrenen liegt die Anzahl der Personen, die bereits in nervenärztlicher Behandlung waren, deutlich höher als in der Vergleichsgruppe. Statistisch signifikant sind jedoch nur die Ergebnisse der Fragen nach Geistes- oder Gemütskrankheiten in der Verwandtschaft des Vaters und nach nervenärztlicher Behandlung von Geschwistern. Bei den anderen Fragen mit Ausnahme der nach nervenärztlicher Behandlung der Mutter liegen die Ergebnisse knapp oberhalb der 5%-Grenze.

6.4. Stellung in der Geschwisterreihe

6.4.1. Einführung

Die Wichtigkeit der Beschäftigung mit der Stellung in der Geschwisterreihe als möglicherweise an der Schizophrenieentstehung beteiligtem Faktor erscheint unmittelbar einsichtig, sind doch die Entwicklungsbedingungen von Kindern ganz wesentlich durch das Vorhandensein oder Fehlen von Geschwistern beeinflußt.

Neben den Erziehungspraktiken der Eltern, die sich mit zunehmender Erfahrung wandeln,sind die mit bestimmten Stellungen in der Geschwisterreihe verknüpften psychodynamischen Prozesse zwischen Eltern und Kindern sowie unter Geschwistern wichtig. Erstgeborene sind in besonderer Weise den noch unerprobten Erziehungsmethoden der Eltern ausgesetzt und werden im Allgemeinen strenger erzogen als ihre jüngeren Geschwister. Jedes Kind wird durch die Geburt jüngerer Geschwister frustriert. Dies gilt besonders für das erste Kind, das bis dahin die ungeteilte Fürsorge der Eltern genoß (32, S. 37). Außerdem sind Älteste und Einzelkinder dadurch gekennzeichnet,daß sie in den ersten Lebensjahren oder in der ganzen Kindheit im Wesentlichen allein mit Erwachsenen aufwachsen und ihre gesamte Wertwelt und Maßstäbe nur an denen der Erwachsenen messen können (22, S. 34). Dem jüngsten Kind bleibt die Frustration durch den Wechsel der primären mütterlichen Zuneigung auf das nächst-jüngere Geschwisterchen erspart. Es kann jedoch in die Nesthäkchenrolle mit einer erschwerten Ablösung vom Elternhaus geraten.

6.4.2. Ergebnisse

Stellung in der Geschwisterreihe - Schizophrene (Tab. 18)

Anzahl der Kinder	Stellung in der Geschwisterreihe						
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	Insges.
1	6						6
2	9	5					14
3	2	4	3				9
4	4	4	4	1			13
5		1		1	1		3
6		1			1	1	3
7		1					1
Keine Angabe							1
Insgesamt	21	16	7	2	2	1	50

Stellung in der Geschwisterreihe - Vergleichsgruppe (Tab. 19)

Anzahl der Kinder	Stellung in der Geschwisterreihe					
	1.	2.	3.	4.	5.	Insges.
1	1					1
2	9	5				14
3	5	8	2			15
4	1	5	2	4		12
5	2		1	2	1	6
6	1	1				2
Insgesamt	19	19	5	6	1	50

6.4.3. Zusammenfassung

Die vorstehenden Daten zeigen den Standpunkt der Schizophrenen und der Patienten der Vergleichsgruppe innerhalb ihrer jeweiligen Geschwisterreihe.

Bei den Schizophrenen (Tab. 18) reicht das Spektrum vom Einzelkind bis zu sieben Kindern in einer Geschwisterreihe. Geschwisterreihen mit zwei Kindern sind mit 14 = 28% am häufigsten vertreten. Nach dem zuvor Gesagten, interessieren besonders die Häufigkeiten der extremen Positionen (Tab. 20):

Einzelkinder	:	6 = 12%
Älteste	:	15 = 30%
Jüngste	:	11 = 22%
Mittlere	:	17 = 34%
Keine Angabe	:	1 = 2%
Insgesamt	:	50 =100%

Die Verteilung der Geschwisterreihen bei der Vergleichsgruppe (Tab. 19) zeigt eine Streuung vom Einzelkind bis zu sechs Kindern. Mit etwa derselben Häufigkeit sind Geschwisterreihen mit zwei Kindern (14 = 28%), drei Kindern (15 = 30%) und vier Kindern (12 = 24%) vertreten. Folgende Häufigkeiten treten bei den extremen Positionen hervor (Tab. 21):

Einzelkinder	:	1 = 2%
Älteste	:	18 = 36%
Jüngste	:	12 = 24%
Mittlere	:	19 = 38%
Insgesamt	:	50 =100%

Im Vergleich ist die Häufung von Einzelkindern bei der Gruppe der Schizophrenen auffällig. Sechs Einzelkinder in dieser Gruppe stehen nur einem Einzelkind in

der Vergleichsgruppe gegenüber, während sich die Häufigkeiten bei den Extrempositionen praktisch nicht unterscheiden.

6.5. Familienstruktur - familiäre Belastungen

6.5.1. Einführung und Hypothese

Die Ergebnisse, die im folgenden Kapitel dargestellt werden, beschreiben die Stichproben hinsichtlich verschiedener Faktoren, die sich nachteilig auf das innerfamiliäre Zusammenleben ausgewirkt und so die Entwicklung des Kindes beeinträchtigt haben können.

Die Fragen nach ehelicher oder unehelicher Geburt (Tab. 22), nach der Betreuung im ersten Lebensjahr (Tab. 23) sowie in den folgenden fünf Lebensjahren (Tab. 24) und nach Berufstätigkeit der Mutter in den ersten sechs Lebensjahren (Tab. 25) wurden in der Vorstellung gestellt, daß Störungen in dieser Entwicklungsphase die Herausbildung gesunder primärer Objektbeziehungen beim Kind behindert haben können. Die eheliche oder uneheliche Geburt ist hierbei insofern von Bedeutung, als die mit der unehelichen Geburt eines Kindes verbundenen Schwierigkeiten ihre Beziehung zu dem Kind nachteilig beeinflussen können. Auch hier wird deutlich, daß das Raster, mit dem Anhaltspunkte für eine Störung der primären Objektbeziehungen gewonnen werden sollen, recht grob ist. Es erfaßt nur "objektive Tatbestände, es vernachlässigt subtile, auf psychodynamischer Ebene liegende Störungen des Kindes zur Mutter, die auch zu Störungen der frühkindlichen Entwicklung führen können (35).

Die Hypothese lautet: In der Gruppe der schizophrenen Patienten sind gegenüber der Vergleichsgruppe überzufällig häufig uneheliche Geburten, Betreuungen durch andere Personen als die Mutter im ersten und bis zum sechsten Lebensjahr und auch eine vermehrte Berufstätigkeit der Mutter zu finden.

Auch innerhalb des familiären Zusammenlebens gibt es Umstände oder Veränderungen, die sich nachteilig auf die

Erziehungssituation auswirken und an einer Störung der Identitätsentwicklung beteiligt sein können. Im zweiten Teil dieses Kapitels wird versucht, die mögliche Bedeutung solcher Faktoren zu erhellen.

Mit "Änderung der Familienstruktur" (Tab. 26) war in erster Linie der Verlust des Vaters durch Tod oder Ehescheidung gemeint. Durch die Methode bedingt - Interviews mit den Müttern - konnte nur der Verlust des väterlichen Elternteils erfaßt werden, was in Bezug auf die Scheidung das Ergebnis nicht wesentlich verfälscht, weil nach herrschender Rechtspraxis überwiegend den Müttern das Sorgerecht zuerkannt wird. Vor allem die Scheidung bedeutet in der Regel einen starken Eingriff in die psychische Entwicklung des Kindes. Zu dem am Ende stehenden Verlust eines Elternteils kommt die tiefgreifende Störung des Familienmilieus in der Zeit davor. Dem Kind bleibt oft nur der Weg der ganzen oder teilweisen Ablösung von beiden Elternteilen (21). Mit "Sonstige Änderung" sind in erster Linie Todesfälle von mit der Familie zusammenlebenden Großeltern und Geschwistern gemeint.

Die Frage nach anderen "Personen, die am Familienleben teilnahmen oder eine wichtige Rolle dafür spielten" (Tab. 27), zielt ab auf unmittelbare Erziehungseinflüsse, die von den Eltern unabhängig waren. Es ist vorstellbar, daß solche Konstellationen Double-Bind-ähnlichen Charakter haben und das Kind am Aufbau eines festen Wertsystems hindern können, wenn die mit-erziehenden Personen versuchen, ihre eigenen Erziehungsvorstellungen gegen die Eltern durchzusetzen. Ob das im Einzelnen wirklich der Fall ist, hängt natürlich von der Familiendynamik konkret ab, deren Beobachtung uns nicht möglich war.

Probleme zwischen den Ehepartnern, die zwar nicht zur Scheidung führten, das Familienleben jedoch wesentlich verschlechterten, sollten durch die Frage nach "Schwierigkeiten zwischen den Eltern" (Tab. 28) erfaßt werden. Auch dieses Ergebnis soll als Anhaltspunkt für eine Familiensituation gewertet werden, die eine eindeutige Identifikation des Kindes mit den Eltern verhindert und durch

die entstehende Konfusion einer stabilen Ich-Entwicklung entgegensteht. Mehrfach wurden als Schwierigkeiten Einmischung Dritter in familiäre Angelegenheiten (Z.B. der Großeltern), Alkoholismus und Seitensprünge des Ehepartners angegeben. Da die Probleme immerhin so wichtig waren, daß sie angegeben wurden und nicht von den Müttern als "normale Ehestreitigkeiten" aufgefaßt wurden, aber andererseits nicht zwischen einzelnen Problemen wegen ihrer Auswirkungen gewichtet werden konnte, wurden die positiven Antworten zusammengefaßt und den negativen gegenübergestellt.

Die Hypothese zu jeder dieser Fragen lautet sinngemäß: Es ist zu erwarten, daß in der Gruppe der schizophrenen Patienten gegenüber der Vergleichsgruppe überzufällig häufiger Hinweise auf Faktoren zu finden sind, die eine ungestörte Identitätsentwicklung des Kindes behindert haben können.

6.5.2. Ergebnisse

Eheliche - uneheliche Geburt (Tab. 22)

	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Ehelich	46 = 92%	49 = 98%
Unehelich	4 = 8%	1 = 2%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

Betreuung des Kindes im ersten Lebensjahr (Tab. 23)

	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Mutter-Eltern	37 = 74%	42 = 84%
And. Personen	13 = 26%	8 = 16%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

Betreuung des Kindes vom ersten Lebensjahr bis zur Einschulung (Tab. 24)

	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Mutter-Eltern	40 = 80%	41 = 82%
And. Personen	10 = 20%	9 = 18%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

Berufstätigkeit der Mütter während der ersten sechs Lebensjahre (Tab. 25)

	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Nein	28 = 56%	31 = 62%
Ja	18 = 36%	16 = 32%
Wechselnd	4 = 8%	3 = 6%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

Änderung der Familienstruktur in der Kindheit (Tab. 26)

	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Scheidung - Tod des Vaters	6 = 12%	3 = 6%
Sonstige Änderung	11 = 22%	8 = 16%
Keine Änderung	33 = 66%	39 = 78%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

Personen, die außer den Eltern im Haus lebten und am Familienleben teilnahmen oder eine wichtige Rolle dafür spielten (Tab. 27)

	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Keine	25 = 50%	24 = 48%
Großmutter	9 = 18%	9 = 18%
Großeltern	4 = 8%	9 = 18%
Geschwister von Vater oder Mutter	3 = 6%	5 = 10%
Großeltern und and. Verwandte	4 = 8%	2 = 4%
And. Verwandte	1 = 2%	0 = 0%
Sonst. Personen	3 = 6%	1 = 2%
Keine Angabe	1 = 2%	0 = 0%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

Schwierigkeiten zwischen den Eltern (Tab. 28)

	Schizophrene	Vergleichsgruppe
Nein	28 = 56%	43 = 86%
Ja	20 = 40%	6 = 12%
Keine Angabe	2 = 4%	1 = 2%
Insgesamt	50 = 100%	50 = 100%

$^{\neq}$Signifikant $p < 1\%$

6.5.3. Zusammenfassung

Es ist interessant, daß alle Parameter, die objektive Störungen der Familiensituation anzeigen sollen, keinen statistisch faßbaren Unterschied zwischen beiden Gruppen sichtbar machen.

Zwar ist durchgehend bei der Betrachtung der Ergebnisse zur ehelichen oder unehelichen Geburt (Tab. 22), zur Betreuung des Kindes im ersten Lebensjahr (Tab. 23) und zur Änderung der Familienstruktur (Tab. 26) die Tendenz in Richtung auf eine Bestätigung der Hypothesen zu erkennen, doch ist die Entfernung zum statistischen Beweis bei allen diesen Fragestellungen auch noch groß.

Die Hypothese, daß bei den Schizophrenen unserer Untersuchungsgruppe hinsichtlich ehelicher oder unehelicher Geburt, Betreuung in den ersten sechs Lebensjahren und Berufstätigkeit der Mutter während der ersten sechs Lebensjahre eine Anhäufung möglicherweise negativer Faktoren auftreten würde, konnte nicht bestätigt werden. Ebensoweinig unterscheiden sich die Gruppen in dem Merkmal "Änderung der Familienstruktur in der Kindheit" (Tab. 26). Annähernd gleiche Verhältnisse bei beiden Gruppen finden sich bei der Frage nach weiteren Personen, die im Haus lebten und am Familienleben teilnahmen oder eine wichtige Rolle dafür spielten (Tab. 27).

Entgegen diesen Ergebnissen bringt die Auswertung der Frage nach Schwierigkeiten zwischen den Eltern in der Kindheit der Patienten (Tab. 28) einen auf dem 1%-Niveau signifikanten Unterschied. Dies ist ein deutlicher Hinweis auf ein möglicherweise gestörtes innerfamiliäres Klima bei den schizophrenen Patienten.

7. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde nach Hinweisen gesucht für einen Zusammenhang zwischen sozialer Situation und Erkrankung bei 50 schizophrenen Patienten im Vergleich zu 50 psychisch gesunden Unfallpatienten.

Der Fragebogen zur Erhebung anamnestischer Daten enthielt standardisierte Fragen, die den Müttern der Patienten von drei Untersuchern gestellt wurden.

Schwierigkeiten, bedingt durch die Auswahl der Stichproben, die mangelhafte Reproduzierbarkeit von Anamnesen und unterschiedliche Motivationen der Mütter zur Mitarbeit, müssen bei der Interpretation der Ergebnisse in Rechnung gestellt werden.

Innerhalb dieser Arbeit wurden fünf Bereiche beleuchtet, die für die soziale Situation Schizophrener wichtig sind. Diese Bereiche kann man wiederum zweiteilen in den Bereich der sozialen Stellung der Patienten und ihrer Familien in der Gesamtgesellschaft - gekennzeichnet durch Bildungsniveau und Beruf von Patient und Vater und die finanzielle Situation - und den Bereich des innerfamiliären Milieus - gekennzeichnet durch psychische Erkrankungen in den Familien, Stellung der Patienten in der Geschwisterreihe, Änderungen der Familienstruktur und familiäre Belastungen.

Die Untersuchung der Schul- und Berufsausbildung beider Gruppen (Tab. 5 - 9) offenbart deutlich die Mängel der Stichprobenauswahl. Das auffallende Übergewicht des Besuches weiterführender Schulen bei den Schizophrenen ist als methodisches Artefakt anzusehen. Es steht im Gegensatz zur Mehrzahl anderer zu diesem Problem vorliegender Arbeiten. Dohrenwend und Dohrenwend (8) berichten über sieben Studien, die Schizophrenieraten getrennt nach Schichten ausweisen. In fünf dieser Studien fanden sie die höchste Rate in der untersten Schicht und nur zwei gaben die höchste Rate in einer anderen als der untersten Schicht an. Auch bei Hollingshead und Redlich (14) ist der höchste Prozentsatz schizophrener Patienten in

der untersten Schicht - ungelernte Arbeiter mit meistens nicht abgeschlossener Elementarausbildung - angesiedelt. Bei der Frage der Statusmobilität (Tab. 10 und 11) wirkt sich die Selektion bei der Stichprobenauswahl nicht so stark aus, weil hierbei nur der Vergleich zum jeweils eigenen Vater in den Vergleich beider Gruppen eingeht. Es wurde festgestellt, daß beim Vergleich der Schulabschlüsse des Kindes und des Vaters bezüglich einer Änderung des sozialen Status zwischen beiden Gruppen kein wesentlicher Unterschied besteht, während das bei den Berufen deutlich der Fall ist. Dies kann als Hinweis gewertet werden, daß sozialer Abstieg im Zusammenhang mit der Schizophrenie eine Rolle spielt, auch wenn die Schwierigkeiten bei der Kategorisierung der Berufe miteingezogen werden. Das Problem der Kategorisierung spielt gleichermaßer beim Vergleich der Schulabschlüsse eine Rolle. Dort fanden sich keine Unterschiede. Zwischen dem Schulabschluß und dem Eintritt ins Berufsleben müssen Einflüsse in Richtung auf sozialen Abstieg gewirkt haben.

Wenn man davon ausgeht, daß "etwas Besseres werden" ein Erziehungsziel in unserer Gesellschaft ist, dessen Erreichen als prinzipiell möglich gedacht ist, so leuchtet ein, daß ein Scheitern in diesem Bestreben mit der Folge sozialen Abstiegs und erhöhtem Streß bei vermindert belastbaren Personen das Entstehen einer Schizophrenie begünstigen könnte. Andererseits ist auch die Deutung möglich, daß der soziale Abstieg erst eine Folge der Schizophrenie ist. Zur Frage der Statusmobilität fanden Srole und Langner (36) in einer Stichprobe von Männern und unverheirateten Frauen im Alter von 20 bis 59 Jahren eine Zunahme der Abwärtsmobilität entsprechend dem Grad der psychischen Gestörtheit. Ein Vergleich mit dem vorliegenden Ergebnis ist nicht unmittelbar möglich, weil Schizophrene nicht getrennt aufgeführt werden. Es ist jedoch anzunehmen, daß die Gruppe der Schizophrenen hauptsächlich in der Gruppe der am stärksten Gestörten vertreten ist und dadurch zumindest die Tendenzen verglichen werden können. Der Einfluß sozialer Mobilität auf die Schizophrenieentstehung ist jedoch umstritten. Kleiner und

Parker (17) berichten in ihrer Literaturübersicht widersprechende Ergebnisse, die sowohl eine Beziehung der Schizophrenie zur aufwärts wie auch zur abwärts gerichteten sozialen Mobilität belegen oder auch einen Zusammenhang vollkommen verneinen. Die Vergleichbarkeit der vorhandenen Studien untereinander wird eingeschränkt durch die Unterschiede in der Auswahl der Kriterien zur Messung des sozialen Status. Als solche werden Bildung und Einkommen oder auch komplexe Indices verwendet, in die mehrere Staturkennzeichen eingehen. Als weitere Schwierigkeit der Interpretation solcher Ergebnisse ist in Rechnung zu stellen, daß die Form der Beziehung zwischen sozialer Mobilität und Geistesgestörtheit differiert, je nachdem welches das Ausgangsniveau der untersuchten Gruppen ist. M. Bleuler kommt als Synthese seiner Erfahrungen in der Arbeit mit den Familien Schizophrener zu dem Urteil, daß es im Durchschnitt in diesen Familien keinen sozialen Abstieg gibt und daß oft das Gegenteil der Fall ist (6).

Beim Vergleich der finanziellen Situation der Familien beider Gruppen (Tab. 12) wurde deutlich, daß die der Familien Schizophrener in deren Jugend signifikant schlechter war. Die Kategorien "Gut" bzw. "Knapp - große Sorgen"ließen sich jedoch nicht eindeutig mit bestimmten Berufgruppen korrelieren. Das macht klar, daß die Einteilung nach Berufen nur eine recht unzuverlässige Aussage über die reale soziale Situation zuläßt. Der Unterschied beider Gruppen bezüglich der finanziellen Situation dürfte daher der wirklichen Lage näher kommen, was auch unserer Erwartung entspricht. Er sollte als ein Hinweis auch auf eine dadurch bedingt Störung des innerfamiliären Milieus gewertet werden.

Die anamnestische Untersuchung der in den Familien bekannten psychischen Erkrankungen ergab insgesamt eine stärkere Belastung der Familien Schizophrener. Die Ergebnisse sind nicht in allen Fällen statistisch signifikant. Eine diagnostische Unterteilung der Krankheiten, z.B. in Psychosen und Neurosen, wurde nicht vorgenommen, da die Angaben dafür nicht genau genug waren. Das Ergebnis bestätigt die Untersuchung von Meyer (26), die eben-

falls ein signifikant häufigeres Auftreten von psychischen Erkrankungen in der Verwandtschaft Schizophrener fand. Auch Lempp (22) fand bei einer Untersuchung schizophrener Kinder und Jugendlicher Geisteskrankheiten in der väterlichen und mütterlichen Familie in 13 von 29 Fällen. Eine Hypothese für oder wider erbliche Belastung läßt sich aus diesem Ergebnis nicht ableiten. Auf jeden Fall kann angenommen werden, daß es dadurch zu einer Störung des innerfamiliären Milieus kam, wodurch die Entwicklung des Patienten erschwert wurde.

Bei der Untersuchung der Geschwisterreihen (Tab. 18 bis 21) fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen. Es fiel jedoch bei den Schizophrenen eine stärkere Häufung von Einzelkindern auf. Gäbel (10) und Rausch (30) fanden in ihren Untersuchungen zur Stellung in der Geschwisterreihe ein geringes, nicht signifikantes Überwiegen der Einzelkinder bei den Schizophrenen, was auch durch Meyer (26) bestätigt wurde. Lempp (22) berichtet über ein ähnliches Ergebnis aus einer Untersuchung schizophrener Jugendlicher.

Daten, die Hinweise auf objektive Ursachen für Störungen des innerfamiliären Milieus hätten erbringen können - eheliche oder uneheliche Geburt (Tab. 22), Betreuung in der Kindheit (Tab. 23 und 24), Berufstätigkeit der Mutter (Tab. 25) - waren statistisch nicht signifikant. Da, wie schon begründet, eine Untersuchung des innerfamiliären Milieus nicht möglich war, sollte versucht werden, über die Erfassung objektiver Veränderungen dieses Milieus zurückzuschließen auf möglicherweise pathologische Familienstrukturen. So sind z.B. Double-Bind-Situationen durchaus möglich bei Beteiligung Dritter an der Kindererziehung vor allem dann, wenn dies nach stark unterschiedlichen Vorstellungen geschieht. Die Untersuchung des hier besprochenen Fragenkomplexes sollte dazu Informationen liefern. Die Tatsache, daß sich nur verhältnismäßig geringe Unterschiede in der objektiven Familiensituation zwischen beiden Gruppen fanden, sollte noch einmal im Licht der theoretischen Überlegungen von Wynne, Ryckoff,

Day und Hirsch (41) sowie von Vogel und Bell (38) gesehen werden. Die Mechanismen, die unter den Begriffen der Pseudo-Gemeinschaft und der Sündenbocktheorie behandelt werden, dienen gerade dazu, trotz schwerwiegender individueller psychischer Störungen ein soziales Funktionieren des Systems Familie zu gewährleisten. Insofern stellen objektiv erfaßbare Störungen dieses Systems, wie z.B. Ehescheidungen, die das Nicht-mehr-Funktionieren der familiären Regulationsmechanismen anzeigen, bereits schwere Entgleisungen dar. Aus dieser Perspektive ist der Mangel an solchen Faktoren nicht überraschend.

Statistisch bedeutsam ist das Ergebnis auf die Frage nach Schwierigkeiten zwischen den Eltern. Damit sollten subjektiv konflikthaft erlebte Umstände erfaßt werden, denen das objektive Korrelat fehlte (Tab. 28).In der Gruppe der Schizophrenen wurden wesentlich häufiger Konflikte mit dem Ehemann von der Mutter angegeben als in der Vergleichsgruppe. Es könnte sein, daß bei diesem Ergebnis eine unterschiedliche Auskunftsbereitschaft von Müttern Schizophrener und Müttern von Vergleichspatienten eine Rolle spielt. Sieht man davon ab, so ist dies ein interessanter Beleg dafür, daß auch beim Fehlen objektiver Zeichen eine Störung des innerfamiliären Milieus vorliegen kann.

Im Gegensatz zu dieser Arbeit fand Meyer (26) bei psychotischen Patienten signifikant häufiger Personen, die nicht bei ihren Eltern aufgewachsen waren bzw. ihre Bezugspersonen in der Kindheit öfter wechseln mußten. Ebenfalls fand sie deutlich häufiger belastende Verhältnisse in der Kindheit, worunter sie uneheliche Geburt, Heimaufenthalte, Eingewöhnungs- und Neuanpassungsprobleme bei der Heimkehr von Vätern aus dem Krieg und negatives inneres Milieu faßte.

Es muß offenbleiben, ob sich hinter den angegeben Konflikten krankhafte Mechanismen im Sinne der Familienforschung verbergen. Als Konfliktursachen wurden Alkoholismus des Mannes, Flucht, Umzüge und Krankheit genannt. Hierin wird deutlich, daß streßerzeugende sozioökonomische

Faktoren eingreifen, die besonders Unterschichtangehörige, auch bei "normalem" Konfliktlösungsverhalten, weniger wirksam zu bewältigen vermögen (18).

8. Zusammenfassung

Im Rahmen einer anamnestischen Untersuchung zum Zusammenhang zwischen der Entstehung einer Schizophrenie und der sozialen Situation in der Kindheit Schizophrener wurden Gruppen von je 50 Müttern erwachsener Schizophrener und psychisch unauffälliger Erwachsener interviewt.

In folgenden Punkten konnten mit dieser Untersuchung keine Hinweise auf eine Beteiligung an der Schizophrenieentstehung gefunden werden:

1) Schul- und Berufsausbildung der Schizophrenen sowie deren sozialer Status, gemessen am Bildungsniveau des Vaters unterscheiden sich nicht wesentlich von den Patienten der Vergleichsgruppe. Die Tendenz deutet eher auf eine Besserstellung der Untersuchungsgruppe hin, was als Effekt der Stichprobenauswahl gewertet wird.

2) Die Untersuchung der Stellung der Patienten in der Geschwisterreihe bringt keinen deutlichen Unterschied zwischen den beiden Gruppen zutage.

3) Objektive Anhaltspunkt für Broken-home-Verhältnisse bei der Frage nach unehelicher Geburt der Patienten, Betreuung durch wechselnde Beziehungspersonen in den ersten sechs Lebensjahren und Änderung der Familienstruktur durch Verlust des Vaters durch Tod oder Ehescheidung haben sich nicht ergeben.

Statistisch signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen, die als Hinweis auf eine Beteiligung an der Schizophrenieentstehung gewertet werden können, fanden sich in folgenden Punkten:

1) Nimmt man den ausgeübten Beruf des Vaters als Maßstab und vergleicht damit den ausgeübten Beruf des Kindes, so ist die soziale Abwärtsmobilität in der Gruppe der schizophrenen Patienten deutlich erhöht.

2) Die finanzielle Situation während der Kindheit ist in der Gruppe der schizophrenen Patienten deutlich schlechter als in der Vergleichsgruppe.

3) Psychische Krankheiten treten in den Familien der Schizophrenen häufiger auf als in denen der Vergleichsgruppe.

4) Signifikant häufiger wurden in der Gruppe der schizophrenen Patienten Schwierigkeiten zwischen den Eltern angegeben, die nicht zu objektiv erfaßbaren Veränderungen in der Familienstruktur, z.B. Trennung oder Scheidung der Ehepartner, führten.

ANHANG

Fragebogen (in dieser Arbeit ausgewerteter Teil)

Allgemeiner Teil

Name
Vorname
Nummer
Geschlecht: männlich (2), weiblich (3)
Erkrankungsbeginn
Zahl der Klinikaufenthalte
Alter
Eheliches (2), uneheliches (3) Kind
Halbwaise (2), Vollwaise (3)
Stellung des Kindes in der Geschwisterreihe
Familienstand: Verh. (2), led. (3), gesch. (4), verw. (5)
Heiratsalter
Schulischer Werdegang
Beruflicher Werdegang

Spezieller Teil

Wann sind Sie geboren?
Welchen Schulabschluß haben Sie?
Welchen Beruf haben Sie erlernt?
Welchen Beruf haben Sie ausgeübt?
Wie oft waren Sie verheiratet?
Wann haben Sie geheiratet?
Aus Ihrer wievielten Ehe ging dieses Kind hervor?
Waren Sie schon einmal in Behandlung eines Nervenarztes?
Nein - Ja
Sind in Ihrer Verwandtschaft Geistes- oder Gemütskrankheiten aufgetreten? Nein / Ja / Weiß nicht
Wuchs das Kind ohne Vater (0), beim leiblichen Vater (2), beim Stiefvater (3) oder bei mehreren Vätern (4) auf?
Wann ist der leibliche Vater des Kindes geboren?
Welchen Schulabschluß hat der leibliche Vater?
Welchen Beruf hat er erlernt?
Welchen Beruf hat er ausgeübt?
War er vor der Ehe mit Ihnen schon einmal verheiratet? Nein / Zahl der Ehen

Wann hat er geheiratet? Heiratsdaten

Aus seiner wievielten Ehe ging dieses Kind hervor? Aus keiner / Zahl der Ehen

War er schon einmal in Behandlung eines Nervenarztes? Nein / Ja / Weiß nicht

Sind in seiner Verwandtschaft Geistes- oder Gemütskrankheiten aufgetreten? Nein / Ja / Weiß nicht

(Die Fragen, die sich auf den Vater beziehen, werden wiederholt, wenn ein Stiefvater vorhanden ist.)

Wieviele Kinder haben Sie?

Wann sind Ihre Kinder geboren? Geburtstage

Wieviele Kinder wohnten zusammen mit dem gemeinten Kind in Ihrer Familie? Zahl

Welche Stellung in der Geschwisterreihe nimmt das erkrankte Kind ein? Zahl

War noch eines Ihrer Kinder in Behandlung eines Nervenarztes? Nein / Ja / Weiß nicht. Welches? Warum?

Wohnten außer den Eltern und Kindern noch andere Personen im Haus, die am Familienleben teilnahmen oder eine wichtige Rolle dafür spielten? Nein / Ja / Wer?

Hat sich die Familienstruktur in der Kindheit des hier gemeinten Kindes geändert (z.B. Scheidung der Eltern, Todesfall o.ä.)? Änderungen

Wer betreute das Kind im ersten Lebensjahr?

Bei wem wuchs das Kind vom ersten Lebensjahr bis zur Einschulung auf?

Welches waren die größten Schwierigkeiten zwischen Ihnen und Ihrem Mann in der Kindheit dieses Kindes?

Kamen Sie mit den anderen Kindern besser zurecht als mit diesem Kind?

Waren die finanziellen Mittel der Familie in der Kindheit des betreffenden Kindes gut (2), ausreichend (3), knapp (4) oder hatten Sie große Sorgen (5)?

Wo wohnten Sie bis zur Einschulung dieses Kindes? Dorf (2), Kleinstadt bis 30000 (3), Mittelstadt bis 100000 (4), Großstadt über 100000 (5)

Hatten Sie damals eine große (2) oder eine kleine (3) Wohnung?

Hatte das Kind ein eigenes Zimmer?

Wie oft sind Sie umgezogen?

Waren Sie während der ersten sechs Lebensjahre dieses Kindes berufstätig? Nein / Ja

Waren Sie durch Ihre Berufsausübung häufig von der Familie getrennt? Nein / Ja

War Ihr Mann durch seine Berufsausübung häufig von der Familie getrennt? Nein / Ja

Gab es große Belastungen bz w. bis jetzt noch nicht erwähnte Ereignisse und Probleme, die in der Kindheit des betreffenden Kind von Bedeutung waren? Nein / Ja / Weiß nicht. Welche ?

LITERATURVERZEICHNIS

(1) Ackerknecht, Erwin H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. 2. Auflage. Stuttgart 1967. 107 S.

(2) Bateson, Gregory, Don D. Jackson, John Haley und John W. Weakland: Auf dem Weg zu einer Schizophrenie - Theorie. In: Bateson, Jackson, Laing, Lidz, Wynne u.a.:Schizophrenie und Familie. Frankfurt 1969. S. 11 - 43

(3) Benassi, C. A., P. Benassi, G. Allegri und P. Ballrin: Tryptophan metabolism in schizophrenic patients. J. Neurochem. 7 (1961). S. 264 - 276

(4) Bleuler, Eugen: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg, G. (Hrsg.): Handbuch der Psychiatrie. 4. Abteilung, 1. Hälfte. Leipzig 1911. S. 1 - 420

(5) Bleuler, Manfred: Lehrbuch der Psychiatrie. 13. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York 1975

(6) Bleuler,Manfred: Schlusswort: Gedanken und Erfahrungen zur Schizophrenielehre. In: Bleuler, M. und J. Angst (Hrsg.): Die Entstehung der Schizophrenie. The Origin of Schizophrenia. Bern, Stuttgart, Wien 1971. S. 107 - 119

(7) Brune, Guenter G.und Harold E. Himwich. Effect of methionine loading on the behavior of schizophrenic patients. J. Nerv. Ment. Dis. 134 (1962). S. 447-450

(8) Dohrenwend, Bruce P. und Barbara Snell Dohrenwend: Sozialer Status und psychische Störungen: Bestandsaufnahme epidemiologischer Forschung. In: Keupp, Heinrich (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis. München, Berlin, Wien 1974. S. 137 - 155

(9) Foudrain, J.: Schizophrenie und Familie. Überblick über die Literatur zur Ätiologie der Schizophrenie aus den Jahren 1956 - 1960. In: Bateson, Jackson, Laing, Lidz, Wynne u.a.: Schizophrenie und Familie. Frankfurt 1969. S. 305 - 342

(10) Gaebel, Gisbert: Stellung in der Geburtenfolge und Altersabstand zu den Geschwistern bei psychisch Kranken. Med. Diss. Tübingen 1972

(11) Greiner, Anthony C. und George A. Nicolson: Hypothesis: Schizophrenia-melanosis. Lancet II (1965). S. 1165 - 1167

(12) Hartung, J. und J. Vallée: Über die Reproduzierbarkeit von Anamnesen. In: Helte, Hans-J. (Hrsg.): Anamnese. Methoden der Erfassung und Auswertung anamnestischer Daten. Interviewtechnik, Fragebogenkonstruktion, Mensch - Maschine Dialog. Stuttgart, New York 1971. S. 81 - 87

(13) Heston, L. H.: Psychiatric disorders in foster home reared children of schizophrenic mothers. Brit. J. Psychiat. 112 (1966). S. 819 - 826

(14) Hollingshead, August B., Frederick C. Redlich: Soziale Schichtung und psychiatrische Erkrankungen. In: Keupp, Heinrich (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis. München, Berlin, Wien 1974. S. 55 - 65

(15) Keupp, Heinrich: Psychische Störungen als abweichendes Verhalten. Zur Soziogenese psychischer Störungen. München, Berlin, Wien 1972

(16) Keupp, Heinrich: Epidemiologie im Spannungsfeld zwischen klinischer und sozialwissenschaftlicher Perspektive. In: Keupp, Heinrich (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis. München, Berlin, Wien 1974. S. 3 - 51

(17) Kleiner, Robert J. und Seymour Parker: Soziale Mobilität, Anomie und psychische Störung. In: Keupp, Heinrich (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Praxis. München, Berlin, Wien 1974. S. 113 - 133

(18) Kohn, Melvin L.: Der Zusammenhang von Schicht, Familie und Schizophrenie. Eine Neuformulierung. In: Keupp, Heinrich (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis. München, Berlin, Wien 1974. S. 292 - 304

(19) Kringlen, E.: Schizophrenia in male monozygotic twins. Acta psychiat (Scand) Suppl. 178 (1964)

(20) Lempp, Reinhart und Hans Wacker: Anamnestische und katamnestische Untersuchungen über die Folgen von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen und ihre Bewertung. In: Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzen. Hrsg. von H. Stutte. Band V. Bern, Stuttgart 1967

(21) Lempp, Reinhart: Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Bern, Stuttgart, Wien 1972

(22) Lempp, Reinhart: Psychosen im Kindes- und Jugendalter - eine Realitäsbezugsstörung. Eine Theorie der Schizophrenie. Bern, Stuttgart, Wien 1973

(23) Lempp, Reinhart: Zur Genese der kindlichen Schizophrenie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bd. 2, Heft 2 1974

(24) Lidz, Theodore, Alice Cornelison, Stephen Fleck und Dorothy Terry: Spaltung und Strukturverschiebung in der Ehe. In: Bateson, Jackson, Laing, Lidz, Wynne u.a: Schizophrenie und Familie. Frankfurt 1969. S. 108 - 127

(25) Lucy, John D.: Histamine tolerance in schizophrenia. Arch. Neurol. Psychiat. 71 1954. S. 629 - 639

(26) Meyer, Maria: Untersuchung von Lebensgeschichten psychotisch Kranker. Ein Vergleich mit einer Kontrollgruppe unter der Frage nach einem Zusammenhang zwischen Lebenserfahrung und Erkrankung an einer Psychose. Med. Diss. Tübingen 1974

(27) Osmond H. und J. R. Smythies: Schizophrenia. A new approach. J. Ment. Sci. 98 (1952). S. 346 - 351

(28) Pollin, William, J. R. Stabenau, L. Mosher und J. Tupin: Life history differences in identical twins discordant for schizophrenia. Amer. J. Orthopsychiat. 36 (1966). S. 492 - 509

(29) Pollin, William, Philippe Cardon jr. und Seymour S. Kety: Effect of aminoacid feedings in schizophrenic patients treated with ironiacid. Science 133 (1961) S. 104 - 105

(30) Rausch, Elisabeth: Stellung in der Geschwisterreihe und Geschlecht der Geschwister in Beziehung zu psychischen Erkrankungen. Med. Diss. Tübingen 1972

(31) Saxe, J. G. The Blind Men and the Elephant. In: Stevenson, B.E. (Hrsg.): Home Book of Verse. New York 1949.

(32) Schulte, W. und R. Tölle: Psychiatrie. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York 1973

(33) Schwoon, Dirk R. und Manfred Pflanz: Methodische Probleme der Epidemiologie psychischer Störungen. In: Keupp, Heinrich (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis. München, Berlin, Wien 1974. S. 226 - 240

(34) Smythies, John R.: Biologische Psychiatrie. Entwicklung - Fortschritte - Ausblicke. Stuttgart 1970

(35) Spitz, René: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Stuttgart 1957

(36) Srole, Leo und Thomas S. Langner: Sozioökonomische Statusgruppen: Ihr Verteilungsmuster psychischer Gesundheit. In: Keupp, Heinrich (Hrsg.): Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie: Empirie, Theorie, Praxis. München, Berlin, Wien 1974. S. 66 - 90

(37) Tienari, P.: Psychiatric illness in identical twins. Acta Psychiat. Scand. 39 (1963). S. 9 - 105

(38) Vogel, Ezra F. und Norman W. Bell: Das gefühlsgestörte Kind als Sündenbock der Familie. In: Bateson, Jackson, Laing, Lidz, Wynne u.a.: Schizophrenie und Familie. Frankfurt 1969. S. 245 - 273

(39) Weber, Elisabeth: Grundriß der biologischen Statistik. 6. Auflage. Stuttgart 1967

(40) Weakland, John H.: "Double-Bind"-Hypothese und Dreier-Beziehung. In: Bateson, Jackson, Laing, Lidz, Wynne u.a.: Schizophrenie und Familie. Frankfurt 1969. S. 221 - 273

(41) Wynne, Lyman C., Irving M. Ryckoff, Juliana Day und Stanley J. Hirsch: Pseudo-Gemeinschaft in den Familienbeziehungen von Schizophrenen. In: Bateson, Jackson, Laing, Lidz, Wynne u.a.:Schizophrenie und Familie. Frankfurt 1969. S. 44 - 80

DANK

Mein Dank gilt Herrn Professor Lempp für die Überlaslung des Themas und die Beratung bei der Durchführung der Arbeit, den Herren Professoren Heimann (Nervenklinik Tübingen), Koslowski (Chirurgische Universitätsklinik Tübingen), Spiegelberg (Psychiatrische Abteilung des Bürgerhospitals Stuttgart), Weller (Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Tübingen) und ihren Mitarbeitern für die Erlaubnis, Patienten ihrer Kliniken zur Befragung heranzuziehen und für die Hilfe bei der Auswahl der Probanden. Ich danke auch Frau Dr. Grund-Krehl, Herrn Eichenseher und ihren Mitarbeitern in der Abteilung für medizinische Dokumentation und Datenverarbeitung der Universität Tübingen für die Beratung bei der Gestaltung des Fragebogens und der Auszählung der Antworten sowie Herrn Schubring vom Rechenzentrum der Universität Tübingen für die Durchführung der Signifikanzberechnungen.

LEBENSLAUF

Am 12.2.1950 wurde ich, Dieter Paschedag, als Sohn des Oberstudiendirektors Friedrich Paschedag und seiner Frau Grete, geb. Spiesmacher, in Gevelsberg (Westfalen) geboren.

Nach vierjährigem Volksschulbesuch ging ich auf das städtische mathematisch-naturwissenschaftliche Gymnasium Gevelsberg, wo ich am 20.5.1968 das Abitur machte.

Am 15.10.1968 begann ich an der Universität Freiburg das Studium der Germanistik und Geschichte, das ich am 1.4.1969 wegen einer Einberufung zur Bundeswehr abbrechen mußte. Nach meiner Anerkennung als Kriegsdienstverweigerer leistete ich am Allgemeinen Krankenhaus für die Stadt Hagen zivilen Ersatzdienst.

Mit dem Sommersemester 1970 nahm ich an der Universität Freiburg das Studium der Medizin auf. Ich bestand am 26.3.1971 die naturwissenschaftliche Vorprüfung und am 28.3.1973 die ärztliche Vorprüfung. Seit dem 2. klinischen Semester studierte ich an der Universität Tübingen und bestand dort am 9.7.1976 die ärztliche Prüfung.

Vom 1.10.1976 bis 31.1.1977 arbeitete ich als Medizinalassistent an der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Balingen. Den zweiten Teil meiner Medizinalassistentenzeit absolvierte ich vom 1.4.77 bis 30.6.77 an der Universitäts-Kinderklinik in Tübingen. Seit dem 1.9.1977 bin ich am Tropenheim Paul-Lechler-Krankenhaus in Tübingen tätig.

City Schnelldruck, Marcusstraße 10, 8700 Würzburg